



OPOLSKA  
IZBA  
LEKARSKA

Rok Założenia 1990

Czerwiec-Lipiec 2016

ISSN 1426-661X

# BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 236-237

## OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

[www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl)



Fot. Serwis Gazety Lekarskiej

# NIE JESTEM DIABŁEM

Podniósł ze stołu talerzyk z górskiego kryształu i rozkruszył w palcach, potem zerknął na kolońską orkiestrę, podszedł do trębacza i poczęstował go tabaką. Muzyk podziękował, udał, że niucha, nawet głośno kichnął, ale po kryjomu wysypał proszek na podłogę. Bał się diabła, co mu zajdzie za skórę. Opowiadano wtedy, że człowiek nie może ot, tak sobie ćwierkać, grzechotać, szczekać i kłaskać, grając na skrzypcach. Mówiono, że Paganini podpisał pakt ze złym, to on porusza jego smyczkiem i wydobywa te wszystkie niesłychane dźwięki.

„Diabeł nie czyha na każdego, kto mu się pod rękę nawinie” – przekonywała Wisława Szymborska. Jest wybredny, nie bierze się za byle kogo, zostawia w spokoju miernych i leniwych, idzie prosto do niezwykłych, zagląda do wadzących się ze światem, budzi niepokornych. Wąchaj zdrowo, na biesa trzeba sobie zasłużyć – pomyślał Paganini, lecz zmilczał.

– Nosi pan w sobie diabła? – spytałam Bena Muthofera. – Jestem Niemcem, ale nie diabłem! – oburzył się artysta. – Ani trochę? – Nie można być po części szatanem. Tworzę zwykle trójkąty, figury doskonałe, nie piekielne. Moje obrazy i rzeźby wyobrażają światło, ruch i harmonię, nieskończoność i boskość. Są jak katedry, co się wznoszą do nieba. – Trójkąt symbolizuje też życie, śmierć i odrodzenie, ojca, matkę i dziecko, jest znakiem powrotu. Dawno tu pana nie było.

– Uciekliśmy z Opola w styczniu '45, był trzaskający mróz. Nie zdążyliśmy na transport, szliśmy długo i szli. Mieliśmy dużo szczęścia, bo ci z pociągu nie dojechali. Czasem wspominam mieszkanie na trzecim piętrze przy Goretzki-strasse: schody, pokoje z tapetami i okno na podwórze. Drobiazgi wyrwały się w pamięci, widzę tamte kolory, zakamarki i komody z lustrami. Na fasadzie domu odkryłem nie tak dawno dziury po szyldach lekarzy przyjmujących na parterze. Do mojej rodziny należało kilka kamienic, gdyby nie ta wojna, byłbym pewnie bogaty. W szkatułce na biurku trzy-

mam kawałek muru, jakieś dziesięć centymetrów na pięć – oto całe moje dziedzictwo. Studiowałem w Monachium, w kolebce faszyzmu, właśnie tam Hitler napisał „Mein Kampf”; miasto bogaciło się i potęgniało na ofiarach wojny. Nie podaruję mu swoich obrazów. Niech zostaną w Opolu.

W „Geometrii konstrukcyjnej” Bena Muthofera można się doszukać pytania o sens istnienia. Jedną z pierwszych koncepcji istnienia pojawiła się u Parmenidesa – myśleć

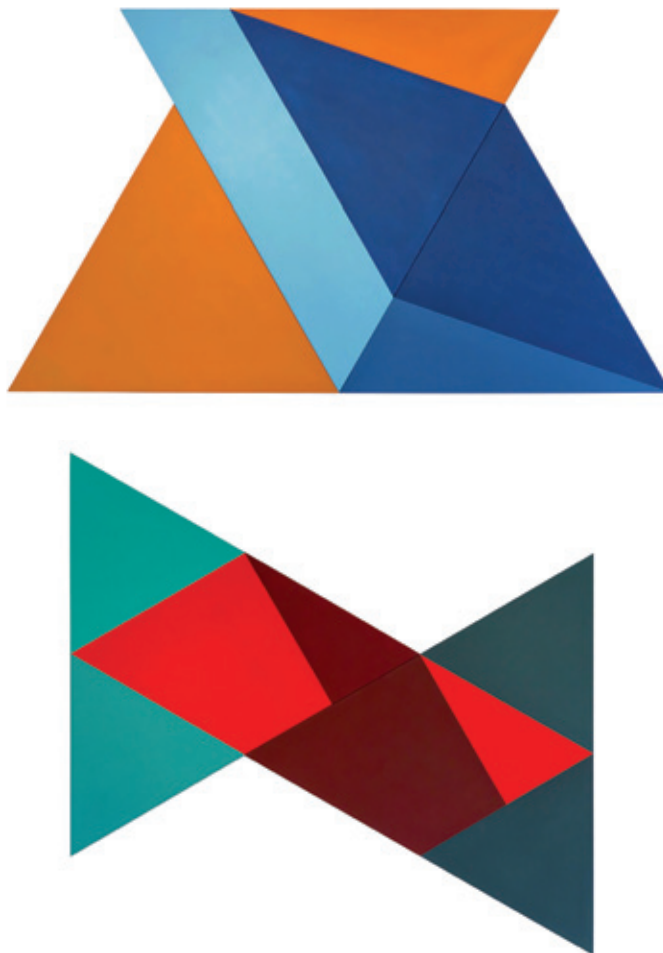
i być znaczyły dla greckiego filozofa to samo. Mniej więcej w tym samym czasie Heraklit z Efezu tłumaczył, że stawanie się polega na nieustannej zmienności, wiecznym niezaspokojeniu; pantha rei – mówił – wszystko płynie, nic nie trwa. Hegel próbował pogodzić obie idee: jego Sein (bycie, istnienie, bytowanie) zapuściło korzenie u Parmenidesa, lecz równocześnie „nie ma żadnego zdania Heraklita, którego bym nie włożył do mojej Logiki” – tłumaczył w „Wykładach z historii filozofii”.

Przenikają się również figury Muthofera. Artysta powtarza trójkąty, układa je w różnych konfiguracjach, tak aby zachodziły na siebie, łączyły się w pary, spiętrzały, naśladowały, odwracały bokiem lub stawały na głowie. Zdaje się, że poszukuje ładu, czystego bytu, dąży do pokazania absolutu. I tworzy jednocześnie autobiografię.

Kiedy Gertruda Stein opisywała swoje życie, wybrała mistyfikację. Wymyśliła Alicję B. Toklas, kobietę bystrą i spostrzegawczą, z maleńkim dzwoneczkiem w uchu, który rozbrzmiewał w obecności geniusza. Chociaż Alicja знаła wielu artystów, byli wśród nich: Apollinaire, Jacob, Braque, Matisse, Eliot, Picabia, Hemingway, Gide, Pound, dzwoneczek dał znak tylko trzy razy: na widok Gertrudy, Pabla Picassa i Alfreda Whiteheada. Ciekawe – czy zadzwieczałby w obecności Bena Muthofera?

Agnieszka KANIA

Tekst ukazał się z Magazynie Opolskim „Gazety Wyborczej”



## BIULETYN INFORMACYJNY OPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ

WYDAWCA: Opolska Izba Lekarska, 45-054 Opole, ul. Grunwaldzka 23, tel. 0 77 454 59 39, [www.izbalekarska.opole.pl](http://www.izbalekarska.opole.pl); nr konta: 54-1020-3668-0000-5102-0009-8277

REDAKCJA: Jerzy Lach. OPRACOWANIE GRAFICZNE: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża

ŁAMANIE i DRUK: Wydawnictwo i Drukarnia Świętego Krzyża w Opolu, ul. Katedralna 8A

NAKLAD: 2800 egz. ISSN 1426-661X





Sieć nowoczesnych placówek medycznych Blue Medica wynajmie w pełni wyposażony blok operacyjny zlokalizowany w Prywatnym Szpitalu Blue Medica w Jastrzębiu-Zdroju.

- Oszczędność stałych kosztów
- Dostęp do nowoczesnej technologii
- Współpraca z wykwalifikowanym personelem

Kontakt: +48 512 99 88 17

## II Konferencja Onkologiczno-Paliatywna Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC w Gdańsku

Gdańsk, 13-15 października 2016 r.

Wśród poruszanych tematów:

wsparcie żywieniowe seniorów i etyczne aspekty żywienia,  
emocje chorego i jego rodziny, oksykodon vs fentanyl,  
radioterapia w leczeniu bólu, pracownik socjalny w hospicjum,  
kompetencje pielęgniarki hospicyjnej,  
leki podawane drogą podskórną

[www.konferencja-dutkiewicza.pl](http://www.konferencja-dutkiewicza.pl)



HOSPICJUM  
W GDAŃSKU



FUNDACJA  
HOSPICYJNA

PATRONAT MERYTORYCZNY

PARTNER  
KONFERENCJI



Konsultant Krajowy  
w dziedzinie Medycyny  
Paliatywnej  
dr Wiesława Pokropska

Konsultant Wojewódzki  
w dziedzinie Medycyny  
Paliatywnej  
dr Aleksandra Modlińska



Okręgowy Izba Lekarska  
w Gdańsku



Polskie Towarzystwo  
Pielęgniarek i Położnych  
Opieki Paliatywnej



# FDI 2016 See You in Poznań!

[www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org)

ANNUAL WORLD DENTAL CONGRESS | POZNAŃ, 7-10.09.2016



Drodzy Czytelnicy!

Aniśmy się obejrzeni, a pół roku przeleciało jak stado spłoszonych kuropatw. Przed nami lato – czas wypoczynku, zmiany codziennych rytuałów, poznawania nowych miejsc, rzeczy i ludzi. Życzę wszystkim, by zbliżający się okres wyjazdów na urlopy, był bogaty w przyjemności i miłe niespodzianki. By był to czas pełnego relaksu na łonie rodziny. A przede wszystkim pozwolił Wam wszystkim odłożyć wszystkie codzienne sprawy na półkę i cieszyć się z pełni życia.

Przed Wami podwójny numer naszego Biuletynu. Znajdziecie w nim trochę poważnych informacji (spra-

wozдания z posiedzeń Rady Okręgowej i Komisji Stomatologicznej, itp.) również, ilustrowane wieloma zdjęciami, rzeczy bardziej lekkie (reminiscencje z wycieczki naszych seniorów po Opolszczyźnie, czy relacja ze Złazu Medyka). Piszę również o bardzo ważnym dla naszego środowiska fakcie odznaczeń naszych kolegów odznaczeniami państwowymi i samorządowymi.

Ponadto, jak zawsze szereg ciekawym – mam nadzieję – tematów, pozwalających na pożyteczne spędzenie czasu przy jego lekturze nawet w leniwym letnim słońcu.

Życząc miłej lektury, żegnam się do sierpnia.

Jerzy B. LACH

## SZPALTA PREZESA



Koleżanki i Koledzy,

Piszę te słowa bezpośrednio po zakończeniu uroczystej gali w Teatrze Narodowym w Warszawie, inaugurującej IX Kongres Polonii Medycznej. Jej głównym elementem był występ chórów i orkiestr lekarskich, w tym naszego chóru Medicanto. Został przedstawiony jako chór najmłodszy, ale zapewniam Was, że swoim występem dorównał tym znacznie „dojrzałym”. A zaprezentował utwór „Precz z moich oczu” Adama Mickiewicza z muzyką Fryderyka Chopina.

Na zakończenie połączone chóry (ma ich 8 izb – Białystok, Bydgoszcz, Katowice, Lublin, Olsztyn, Opole, Poznań, Warszawa) odśpiewały „Magnificat” oraz napisany dla Samorządu Lekarskiego przez prof. Jerzego Woy-

Wojciechowskiego hymn „Floreat Res Medica”. Ponad 200 lekarzy i lekarzy dentyistów dało niezapomniany pokaz umiłowania dodatkowej pasji, jaką jest dla nich śpiewanie. Ich występ spotkał się z entuzjastycznym przyjęciem przez audytorium, w którym byli lekarze i lekarze dentyści z kilkudziesięciu krajów całego świata. Muszę Wam powiedzieć, że byłem dumny, iż w tej grupie „pasjonatów” są nasze Koleżanki i Koledzy z Opolszczyzny. Przypuszczam, że dla nich taki występ był ogromnym przeżyciem i być może nawet większym stresem niż kontakt z trudnym przypadkiem klinicznym. Ale aplauz, którego doznali chyba im wynagrodził cośrodowe wieczorne próby z wymagającą Elżbietą Wilim.

Tą drogą chciałem bardzo gorąco podziękować wszystkim naszym chórzystom za godne reprezentowanie Opolskiej Izby Lekarskiej.

Jerzy JAKUBISZYN

## CO SŁYCHAĆ W IZBIE

### KOLEJNE DWA SPOTKANIA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

W dniu 20 kwietnia po raz czwarty w tym roku spotkała się Okręgowa Rada Lekarska. Pod chwilową nieobecność Prezesa, przybyłych przywitał Wiceprezes Stanisław Kowarzyk.

#### Przyznanie praw wykonywania zawodu

O wpis na listę członków OIL zwrócili się:

- lek. dent. Wojciech Czech – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;

- lek. Jerzy Miszkiewicz – przeniesienie ze Śląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Paulina Sztefko – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej;
- lek. Bożena Dmeńska – przeniesienie z Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.



Wszystkie uchwały przyjęto jednogłośnie.



Ponadto wydano Prawo Wykonywania Zawodu lekarza dentysty (po zakończeniu stażu podyplomowego) lek. dent. Magdalenie Kaczor.

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie podyplomowe lekarzy**

Brak wniosków.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Wyrejestrowano jedną praktykę prywatną (na wniosek osoby zainteresowanej).

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych**

Jednogłośnie przyznano jedną zapomogę (z powodu podeszłego wieku i wielu przewlekłych chorób ogólnych), przy w głosach wstrzymujących się przyznano pożyczkę szkoleniową w związku ze specjalizowaniem się.

Ponadto jednogłośnie postanowiono dofinansować udział dwóch osób w Mistrzostwach Polski Lekarzy w Siatkówce w Bielsku w dn. 1–2 kwietnia br. oraz udział trzysobowej załogi żeglarskiej w XIII Ogólnopolskich Mistrzostwach Izb Lekarskich w Żeglarskim w klasie Omega w Morcynie, w dn. 10–12 czerwca br.

Kol. Lach zwrócił się z prośbą o sfinansowanie kosztów wyprodukowania 200 szt. metalowych znaczków w kwocie 1.300 zł w związku z organizacją 2 Reaktywowanego Stresowego Złazu Medyka. Kwotę tę przyznano przy 2 głosach wstrzymujących.

Ponadto Wiceprezes poinformował, że w tym roku 90 lat skończy 5 Superseniorów.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o wytypowanie przedstawicieli do komisji konkursowej na stanowisko Ordynatora Oddziału Psychiatrii dla Dorosłych „B”. Rada wytypowała lek. Stanisława Piwowarczyka jako przewodniczącego oraz lek. Ewę Pendziałek-Grunwald i lek. Izolę Świstun jako członków.

Ponadto wytypowano lek. Ewę Pendziałek-Grunwald jako przedstawiciela Izby w konkursie na Pielęgniarki Oddziałowe Oddziałów Psychiatrii dla Dorosłych „A” i „B” w tym samym szpitalu.

Dyrektor Szpitala Specjalistycznego MSW w Głucholazach zwrócił się z prośbą o wytypowanie przedstawiciela do komisji konkursowej na stanowisko Naczelnej Pielęgniarki. Rada wytypowała lek. Andrzeja Pyziaka.

### **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

O całkowite zwolnienie z opłacania składek z powodu nie osiągnięcia przychodów zwróciła się dwójka lekarzy – uchwały przyjęto przy 1 głosie wstrzymującym.

Dalszą część spotkania poprowadził Prezes, który wcześniej uczestniczył w spotkaniu Rady Społecznej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, którego jednym z punktów było zaopiniowanie przez członków Rady odwołania przez Ministra Zdrowia Dyrektora Tomasza Uhera z powodu utraty zaufania. Prezes poinformował, że Rada Społeczna nie poparła tego pomysłu.

### **Opinia w sprawie kandydata na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej**

Wojewoda Opolski poprosił o wyrażenie opinii odnośnie kandydatury dotychczasowego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny rodzinnej lek. Krystiana Adamika, któremu upłynęła kadencja i który wyraził chęć dalszej współpracy. Kandydaturę zaopiniowano pozytywnie przy 3 głosach wstrzymujących.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Kol. Chowaniec uczestniczył w spotkaniu inicjatorów akcji „Koperta życia”, która polega na rozpropagowaniu idei informowania lekarzy i ratowników pogotowia ratunkowego o schorzeniach i przyjmowanych przez pacjenta lekach na wypadek przyjazdu karetki do nieprzytomnego pacjenta (kartka na lodówce, że informacja jest wewnątrz, a w lodówce koperta z odpowiednimi informacjami).

Kol. Wojtyłko poinformował o prawdopodobieństwie przedłużenia dotychczasowych umów z NFZ do 30 czerwca 2017 r. Ponadto dodał, iż dotacje unijne na działalność medyczną dostaną tylko jednostki wpisane do map potrzeb zdrowotnych.

Kol. Chruszczyk uczestniczył w spotkaniu Krajowej Komisji Wyborczej, na której ze strony kilku lekarzy dentystów padła propozycja zmian w ordynacji wyborczej do struktur Izb. Lekarze dentyści mieliby być wybierani w odrębnych wyborach bez głosów lekarzy, ale z zachowaniem parytetów. Sprawa ta będzie poruszona na najbliższym Zjeździe Krajowym.

Kol. Latała zdał relację z marcowego szkolenia zorganizowanego tradycyjnie już wspólnie przez Komisję Stomatologiczną i Opolski Oddział PTS dla lekarzy dentystów, podczas którego prof. dr hab. n. med. Teresa Sierpińska zaprezentowała wykład, pt.: „Diagnostyka i leczenie zaburzeń w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych”.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Lek. Krystyna Krysińska (jeden z Superseniorów) przysłała do Izby list z podziękowaniem za pamięć o jej osobie.

Prezes poinformował o piśmie przysłanym przez Radę Powiatu Brzeskiego, w którym uznano, że nasze skargi na Starostę Brzeskiego są bezzasadne (sprawa dotyczy

nieprawnego zwolnienia ze stanowiska Dyrektora ds. Medycznych BCM naszej koleżanki, B. Suzanowicz, członka Rady Lekarskiej). Prezes uważa, że możliwości interwencyjne Izby w tej kwestii już się wyczerpały.

Kol. Kowarzyk poprosił o wyasygnowanie kwoty 4.500 zł na zakup nowego serwera dla potrzeb Izby. Członkowie Rady jednogłośnie tę decyzję poparli.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie Rady zakończono.

*Sekretarz ORL*  
*Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*  
*Prezes ORL*  
*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*  
\* \* \*

W dniu 18 maja br. odbyło się następne posiedzenie Okręgowej Rady Lekarskiej. Zebranie prowadził Prezes Jakubiszyn.

### **Przyznanie praw wykonywania zawodu**

Wymieniono czasowe Prawo Wykonywania Zawodu na stałe lek. Ievgenijowi Veremeienko i lek. Marianie Nideckiej.

### **Rejestracja podmiotów prowadzących szkolenie poddyplomowe lekarzy**

Do Izby zwróciła się Firma „Marku” z Częstochowy, która przeprowadzi kurs teoretyczno-praktyczny w dniu 11 czerwca br. „Wypełnienia bezpośrednie czy pośrednie – inlay, onlay, overlay – co wybrać w różnych sytuacjach klinicznych?”. Podjęto uchwałę o spełnieniu warunków formalnych do prowadzenia szkolenia.

### **Zmiany w rejestrze indywidualnych praktyk lekarskich**

Dokonano skreślenia z rejestru jednej praktyki na wniosek lekarza.

### **Przyznanie świadczeń z Funduszu Samopomocy i dofinansowanie udziału w imprezach sportowych**

Do Funduszu Samopomocy wpłynęło jedno podanie o zapomogę z powodu bardzo podeszłego wieku i wielu przewlekłych chorób ogólnych. Uchwałę przyjęto jednogłośnie.

Kol. Ryszard Wileński zwrócił się z prośbą o dofinansowanie kosztów organizacji III Mistrzostw Opolszczyzny w Tenisie Ziennym w dniach 4 i 5 czerwca br. w Strzelcach Opolskich w kwocie 1000 zł. Kwotę tę wyasygnowano jednogłośnie.

### **Wyznaczenie przedstawicieli OIL do komisji konkursowych**

Dyrektor Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Neuropsychiatrycznego w Opolu zwrócił się z prośbą o delegowanie przedstawicieli do komisji konkursowej

na stanowiska ordynatorów Oddziałów Neurologii dla Dorosłych „A” i „B”. Rada wytypowała Wojciecha Derkowskiego jako przewodniczącego oraz Ewę Pendziałek-Grunwald i Andrzeja Pyziaka jako członków.

Dyrektor Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich zwrócił się z prośbą o delegowanie przedstawicieli do komisji konkursowych na stanowiska Ordynatorów dwóch Oddziałów: Ginekologiczno-Położniczego (Rada desygnowała Jacka Mazura jako przewodniczącego oraz Jarosława Mijasa i Krzysztofa Wiśniewskiego jako członków) oraz Wewnętrznego (Rada desygnowała Marcina Mielczarka jako przewodniczącego oraz Jarosława Mijasa i Iwonę Gajdę jako członków).

### **Podjęcie uchwał w sprawie zmiany wysokości składki członkowskiej**

Brak wniosków.

### **Sprawozdanie z XIII Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy**

Wszyscy delegaci naszej Izby zabrali głos. Gratulujemy lekarzom z Opolszczyzny przyznania wyróżnień, a mianowicie: Godność *Meritus pro Medicis* otrzymał kol. Wiesław Latała i kol. Jacek Miarka, natomiast Srebrny Krzyż Zasługi otrzymał kol. Zbigniew Kuzyszyn. Na początku Zjazdu zaszczycił nas obecny Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł. Przedstawił w skrócie plany swojej pracy w Ministerstwie i odpowiadał na liczne pytania padające z sali.

W części roboczej Zjazdu zajęliśmy się m. in. rozpatrzeniem projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie Kodeksu Etyki Lekarskiej w zakresie niezbędnym dla wykonania wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 października 2015 r. (sygn. K 12/14). Prof. Michał Królikowski omówił treść wyroku Trybunału Konstytucyjnego dotyczącego prawa lekarzy do odmowy wykonania świadczenia niezgodnego z ich sumieniem. Przypomniawszy, że TK stwierdził, że istota klauzuli sumienia jest związana z etosem wykonywania zawodu. Nie ma możliwości odgórnego narzucenia, jak ma pracować lekarz – ma po prostu działać w zgodzie z własnym sumieniem. Przyjęto też apel do rektorów wyższych uczelni medycznych do stosowania tekstu Przyrzeczenia Lekarskiego zgodnego z tekstem zawartym w preambule Kodeksu Etyki Lekarskiej. Rozpatrzono projekt uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie ustalenia liczby członków organów Naczelnej Izby Lekarskiej. Zmiana dotyczy liczby Zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, którą zmniejszono do 40 osób (31 lekarzy i 9 lekarzy dentyków). W głosowaniu projekt został przyjęty.

Najwięcej emocji wzbudził kol. Andrzej Cisło, który zgłosił poprawkę do projektu uchwały zmieniającej uchwałę w sprawie regulaminu wyborów do organów izb lekarskich. Chodziło o to, aby w wyborach przeprowadzanych na zjazdach, głosy lekarzy dentyków w przypadku

głosowania na lekarza dentystę były liczone w stosunku 4 do 1, zaś w przypadku głosowania lekarzy dentystów na lekarzy 1 do 1 (czyli tak, jak teraz). Pomimo gorącego poparcia wiceprezes NRL Agnieszki Ruchały-Tyszyler i po długiej dyskusji, podczas której wysłuchaliśmy wielu głosów popierających i przeciwnych, pomysł ten na szczęście został odrzucony.

### **Sprawozdanie członków Rady z działalności pomiędzy posiedzeniami**

Kol. Latała zdał relację z dwóch szkoleń zorganizowanych wspólnie przez KS oraz PTS dla lekarzy dentyków. Podczas kwietniowego – prof. dr hab. n. med. Marzena Dominiak, Kierownik Katedry i Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM we Wrocławiu przedstawiła wykład pt.: „Powikłania przyczyną czy skutkiem chirurgii wyrostka zębodołowego?”. Natomiast podczas majowego – prof. dr hab. n. med. Beata Kawala, Kierownik Katedry i Zakładu Ortopedii Szczękowej i Ortodontyki UM

we Wrocławiu mówiła o „Zdobyczach współczesnej ortodontyki w świetle współpracy wielospecjalistycznej”.

Kol. Chowaniec opowiedział o wycieczce Seniorów po Opolszczyźnie.

### **Sprawy różne i wolne wnioski**

Kol. Łuszczyńska-Ostrowska opowiedziała o chorze działającym przy naszej Izbie, który ma już 4 lata, a na swoim koncie coraz więcej występów na terenie Opolszczyzny i całej Polski. Oglądaliśmy pięknie prowadzoną przez kol. Annę Adamską kronikę chóru. Wszyscy chętni będą mile widziani na śródkowych próbach w siedzibie Izby.

Wobec wyczerpania porządku obrad, na tym posiedzenie Rady zakończono.

*Sekretarz ORL*

*Lek. dent. Barbara HAMRYSZAK*

*Prezes ORL*

*Dr n. med. Jerzy JAKUBISZYN*

Opole, 13 maja 2016 r.

## **KOMUNIKAT WOJEWODY OPOLSKIEGO**

### **skierowany do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wpisanych do rejestru prowadzonego przez Wojewodę Opolskiego, w sprawie konieczności terminowego dokonywania zmiany danych objętych rejestrem**

Wojewoda Opolski, będący organem prowadzącym rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą na terenie województwa opolskiego, przypomina o konieczności terminowego zgłaszania, przez podmioty lecznicze wpisane do rejestru, zmian danych objętych rejestrem.

Zgodnie z art. 107 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 617 z późn. zm.) podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisane do rejestru zobowiązane są zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem, w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Natomiast, zgodnie z art. 107 ust. 2 ww. ustawy, w przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa powyżej, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą, karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę, określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

Wojewoda jednocześnie zwraca uwagę, że stosownie do art. 105 ust. 2a ustawy o działalności leczniczej, wniosek o zmianę wpisu w rejestrze, który dotyczy wy-

łącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Natomiast pozostałe zmiany podlegają opłacie, która w 2016 r. wynosi 206,50 zł (opłatę należy uiścić na rachunek Wojewody Opolskiego prowadzony przez Narodowy Bank Polski Oddział Okręgowy w Opolu, nr konta: 22 1010 1401 0006 9322 3100 0000).

Biorąc powyższe pod uwagę Wojewoda przypomina o konieczności terminowego składania wniosków o zmianę wpisu w rejestrze m. in. w zakresie informacji o: obowiązkowym ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej, rozpoczęciu lub zakończeniu działalności komórki organizacyjnej, zmianie miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych, zmianie danych kontaktowych podmiotu leczniczego (adres poczty elektronicznej, nr telefonu), itp.

Wnioski o zmianę wpisu można składać wyłącznie poprzez aplikację dla podmiotów leczniczych dostępną pod adresem strony: [www.rpwwl.csioz.gov.pl](http://www.rpwwl.csioz.gov.pl), z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego ePUAP

*Vicewojewoda Opolski*

*Violetta Porowska*



# POSIEDZENIE KOMISJI STOMATOLOGICZNEJ OIL W OPOLU



W dniu 19 maja br w siedzibie OIL w Opolu odbyło się posiedzenie kolejnego spotkania Komisji Stomatologicznej OIL. Przewodnicząca dr J. Smerkowska-Mokrzycka powitała zebranych i przystąpiła do omawiania bieżących informacji.

1. Na Sesji Plenarnej ERO FDI w Baku (29–30 kwietnia 2016 r.) dr Anna Lella oficjalnie objęła stanowisko Prezesa tej federacji. Jest pierwszą kobietą i pierwszą Polką na tym stanowisku.
2. 1 sierpnia 2016 r. ma wejść w życie projekt rozporządzenia MZ „W sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”. Przewodnicząca pokrótce streściła planowane zmiany w tej kwestii.
3. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji uznała za zasadne zakwalifikowanie rentgenodiagnostyki do 5 zdjęć wewnątrzustnych jako świadczenie gwarantowane, z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży do lat 18. Być może projekt przytoczonego powyżej rozporządzenia uwzględni te zalecenia.
4. Przewodnicząca dr Mokrzycka przedstawiła sprawozdanie z XIII Nadzwyczajnego Zjazdu Lekarzy:
  - nie będzie zmian zwiększających wpływ lekarzy dentyistów na to, kto będzie ich reprezentował w organach wybieranych przez delegatów podczas zjazdów. Propozycję tę (forsowaną przez niewielką grupę 34 stomatologów) Zjazd odrzucił przytłaczającą większością głosów.

- Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł, obecny na Zjeździe, zachęcał lekarzy dentyistów do zgłaszania postulatów dotyczących zmiany kształtu samorządu lekarskiego.
  - na Nadzwyczajnym XIII Krajowym Zjeździe Lekarzy podjęto 2 stanowiska i 19 apeli (dostępne są na stronie internetowej Naczelnej Izby Lekarskiej). Przewodnicząca odczytała fragmenty tych dokumentów, które dotyczyły stomatologów.
5. Na wniosek wiceprezesa WIL i szefa KS WIL dr A. Cisły Rzecznik Praw Obywatelskich A. Bodnar zwrócił się do MZ z prośbą o ocenę, czy lekarze dentyści są właściwie reprezentowani w ramach wspólnego samorządu lekarskiego.
  6. ZG PTS poparł wniosek ORL w Warszawie (z 18 marca 2016 r.) dotyczący powołania w Ministerstwie Zdrowia Departamentu lub Biura ds. Stomatologii.
  7. W dniach 21–22 kwietnia 2017 r. w Centrum Kongresowym Centrum Onkologii w Warszawie odbędzie się konferencja „Onkologia w chirurgii szczękowo-twarzowej i stomatologicznej”.
  8. Wolne wnioski – w dyskusji nad możliwością odwołania Przewodniczącej KS NRL udział wzięli: dr St. Chruszczyk, R. Pędich, R. Górecka, J. Mokrzycka, J. Drzyzga, B. Ocharski i B. Hamryszak.
- Kolejne posiedzenie Komisji Stomatologicznej OIL odbędzie się 20 czerwca 2016 r.

Przewodnicząca KS

Lek. stom. J. SMERKOWSKA-MOKRZYCKA

## „MERITUS PRO MEDICIS”

Uchwałą nr 83/04/IV Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 18 czerwca 2004 r. ustanowione zostało odznaczenie „*Meritus Pro Medicis*” (Zasłużony dla lekarzy). Odznaczenie to przyznawane jest lekarzom oraz innym osobom szczególnie zasłużonym dla Samorządu Lekarskiego. Kapituła Odznaczenia, w skład której wchodzi wszyscy do tej pory odznaczeni, przyznaje je tylko jeden raz w roku, mając do dyspozycji każdorazowo 10 odznaczeń. Odznaczonych do tej pory zostało łącznie 94 osoby – jak więc z tego widać nigdy nie odznaczono jednorazowo 10 osób. Stanowi to dowód na to, jak trudno jest uzyskać akceptację Kapituły dla zgłoszonych do odznaczenia kandydatów. Tym bardziej więc cieszy sukces naszych Kolegów (o czym za chwilę). Odznaczenie sygnowane numerem 1 otrzymał nieżyjący już prof. Tadeusz

Chruściel – pierwszy Prezes odrodzonego Samorządu Lekarskiego.

W związku z Nadzwyczajnym 13 Krajowym Zjazdem Lekarzy Kapituła obradowała pod koniec grudnia 2015 r. i w kwietniu br. przyznając te unikalne odznaczenia za miniony i bieżący rok. Wyłonieni laureaci zostali uroczystie udekorowani w pierwszym dniu Krajowego Zjazdu. Wśród odznaczonych znalazło się dwóch członków naszej opolskiej Izby Lekarskiej: **dr n. med. Jacek Miarka** (odznaczenie nr 85) i **lek. stom. Wiesław Latała** (odznaczenie nr 92). A oto krótkie notki o obu laureatach.





**DR N. MED. JACEK MIARKA** – specjalista chorób wewnętrznych, kardiolog i neurolog, absolwent Wydziału Lekarskiego Śląskiej Akademii Medycznej. Od roku 1989 związany z nyskim szpitalem, gdzie do dziś pełni funkcję Ordynatora Oddziału Wewnętrznego. Przez wiele lat prowadził w Nysie Internistyczną Poradnię Konsultacyjną, a później – pierwszą w powiecie – Poradnię Kardiologiczną.

Z Samorządem Lekarskim związany od samego początku, brał udział w tworzeniu odrębnej Izby Lekarskiej na Opolszczyźnie, wchodząc w skład pierwszego Prezydium Okręgowej Rady Lekarskiej w Opolu. Na Nadzwyczajnym Krajowym Zjeździe Lekarzy w Bielsku-Białej w 1991 r. współtworzył Kodeksu Etyki Lekarskiej. Był delegatem na wszystkie Krajowe Zjazdy Lekarzy w pięciu pierwszych kadencjach. W II kadencji pełnił funkcję Prezesa Okręgowego Sądu Lekarskiego, a obecnie od trzech kadencji pełni funkcję sędziego w Naczelnym Sądzie Lekarskim. Jego wiedza merytoryczna i prawnicza, a także wysokie poczucie sprawiedliwości są powodem, dla których jest często wyznaczany do prowadzenia najtrudniejszych spraw sądowych na szczeblu krajowym. W Opolskiej Izbie Lekarskiej od wielu lat przewodniczy Okręgowej Komisji Bioetycznej.

W uznaniu swoich zasług dla Opolskiej Izby Lekarskiej w 2010 r. jako jeden z pierwszych otrzymał jej najwyższe wyróżnienie – Honorowy Tytuł „Prymariusz Opolski”.

Dr Jacek Miarka mimo piastowanego stanowiska ordynatora Oddziału, w latach 90. czynnie uczestniczył w tworzeniu struktur związku zawodowego lekarzy na terenie Opolszczyzny, wchodząc w skład Komitetu Założycielskiego Regionu Śląska Opolskiego OZZL.

Pod jego kierownictwem specjalizację uzyskało kilkudziesięciu internistów, co stanowi ewenement w skali

ponadregionalnej. Uczy uczciwości, odpowiedzialności i samodzielności oraz poszanowania godności drugiego lekarza, ale jednocześnie szczerości i odwagi w reagowaniu na błędy kolegów. Jego wychowankowie nie znają pojęcia konkurencji zawodowej i niezdrowego współzawodnictwa.

W 2003 r. został Członkiem Honorowym Towarzystwa Internistów Polskich, a 2006 r. – jako jeden z kilku lekarzy na Opolszczyźnie – otrzymał Honorowy Medal 100-lecia Towarzystwa Internistów Polskich.

**LEK. STOM. WIESŁAW LATAŁA** – absolwent Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu w 1982 r. Po studiach powrócił do Opola i zatrudnił się w ZOZ Opole, a następnie (w 1985 r.) przeniósł się do Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej. W 1993 r. objął funkcję jej kierownika, którą pełni do dnia dzisiejszego. W 1995 r. został powołany na stanowisko Konsultanta Wojewódzkiego ds. stomatologii i funkcję tę piastował do 2001 r.



Wyszkolił wielu specjalistów z zakresu stomatologii ogólnej i protetyki stomatologicznej, a także przeprowadził niezliczone liczby staży cząstkowych do specjalizacji I i II stopnia. Dzięki jego inicjatywie w Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej powstały możliwości specjalizowania się, nie tylko na I stopień, ale również na II stopień specjalizacji ze wszystkich dyscyplin stomatologicznych (był to jedyny ośrodek pozaakademicki w kraju mający w tamtym czasie takie możliwości).

Od 1982 r. członek Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego, w którym od lat działa bardzo aktywnie będąc w Zarządzie naszego oddziału od 21 lat – pełnił w nim m. in. funkcje Prezesa i Wiceprezesa.

Od 2001 r., jako jedyny stomatolog z naszego województwa, wybierany jest stale do Prezydium Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Stomatologicznego.

W 1991 r. był współorganizatorem Klubu Stomatologa, z którego w dwa lata później powstała Komisja



Stomatologiczna Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu. W 1993 r. został wybrany pierwszym Przewodniczącym nowo powstałej Komisji Stomatologicznej. Podczas swojej kadencji wykonał ogromną pracę organizacyjną, przekazując m. in. obowiązki, jakie pełniła Wojewódzka Przychodnia Stomatologiczna do Komisji Stomatologicznej – nowego ośrodka organizującego i nadzorującego stomatologię w województwie. W Komisji pracuje bardzo aktywnie od samego początku do dnia dzisiejszego.

Jest także Członkiem prestiżowej Międzynarodowej Honorowej Organizacji Dentystycznej Akademii Pierre Faucharda – do której został zaproszony.

Od III kadencji jest nieprzerwanie do dziś członkiem Okręgowej Rady Lekarskiej. Za swoje zasługi dla Samorządu w 2011 r. Okręgowa Rada Lekarska nadała mu Honorowy Tytuł „*Prymariusza Opolskiego*”, którego – nota bene – jest jednym z pomysłodawców.

Za swoją działalność został wyróżniony Złotą i Srebrną Odznaką PTS, a także otrzymał godność *Bene Meritus* Towarzystwa. W 2014 r. otrzymał tytuł Honorowego Członka PTS.

Warto zaznaczyć, że w gronie laureatów Odznaczenia „*Meritus Pro Medicis*” znajduje się jeszcze dwóch Opolan: **dr n. med. Jerzy Jakubiszyn** – odznaczenie nr 28 przyznane w 2008 r. oraz **lek. med. Jerzy Lach** – odznaczenie nr 76 przyznane w 2014 r.

Należy dodać, że wśród odznaczonych na ostatnim 13 Krajowym Zjeździe Lekarzy znalazł się również obecny Minister Zdrowia – Konstanty Radziwiłł.

\* \* \*

## ODZNACZENIE PAŃSTWOWE DLA NASZEGO KOLEGI

W pierwszym dniu obrad 13 Nadzwyczajnego Krajowego Zjazdu Lekarzy w związku z postanowieniem Prezydenta RP, Minister Zdrowia Konstanty Radziwiłł odznaczył Srebrnymi Krzyżami Zasługi: lek. dent. Annę Tarkowską oraz dr n. med. Zbigniewa Kuzyszyna.

**DR N. MED. ZBIGNIEW KUZYSZYN** – specjalista chorób wewnętrznych i diabetologii, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej we Wrocławiu i studiów podyplomowych na Wydziale Prawa i Administracji Uniwersytetu Warszawskiego z zakresu prawa medycznego, bioetyki i socjologii medycy.

Po studiach podjął pracę w Oddziale Wewnętrznym ZOZ w Ozimku. Przyjmował również pacjentów w przychodni przyzakładowej Huty „Małapanew” w Ozimku. Następnie w latach 1994–97 pracował w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Chrzastowicach pełniąc w nim funkcję kierownika.

W 1997 r. powrócił do ZOZ w Ozimku, gdzie pełnił kolejno funkcję Kierownika, następnie Kierownika Działu Organizacji i Nadzoru, a potem Z-cy Ordynatora Oddziału Wewnętrznego szpitala w Ozimku.



W 2002 r. rozpoczął pracę w ZUS w Opolu, początkowo jako lekarz orzecznik, a następnie członek Komisji Lekarskiej ZUS.

W 2008 r. został ordynatorem Oddziału Wewnętrznego szpitala w Krapkowicach. W tym samym roku przeniósł się do pracy w Oddziale Wewnętrznej Szpitala Wojewódzkiego w Opolu, gdzie pracuje do dnia dzisiejszego jako starszy asystent.

Od 2003 r., oprócz pracy w szpitalu, związany jest dodatkowo z Wojewódzkim Specjalistycznym Zespołem Neuropsychiatrycznym w Opolu, gdzie jest konsultantem z zakresu chorób wewnętrznych. W latach 2009–13 był także wykładowcą i Dyrektorem Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowej Medycznej Wyższej Szkole Zawodowej w Opolu.

Mimo rozlicznych obowiązków w latach 2002–12 pracował w Poradniach Diabetologicznych w Opolu, Ozimku i Krapkowicach.

Jest członkiem Towarzystwa Internistów Polskich, Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Orzecznictwa Lekarskiego.

W Samorządzie Lekarskim w IV i V kadencji był Zastępcą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a w VI i VII Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej. Przez dwie kadencje pracował również w Komisji Etyki Lekarskiej OIL.

WSZYSTKIM NASZYM ODZNACZONYM KOLEGOM BARDZO SERDECZNIE GRATULUJEMY!!!



# KONGRES FDI W POZNANIU KUSI BOGACTWEM WYBORU

Nie ma cienia przesady w stwierdzeniu, że do zapoznania się z pełną ofertą naukowo-kulturalną, przygotowaną przez Organizatorów Kongresu FDI w Poznaniu (7–10 września 2016 r.) potrzeba kilku dobrych chwil. Zdecydowanie jednak warto!

Sześć równoległych sesji tematycznych, prezentacje ustne i plakatowe, spotkania z ekspertami, sympozja firm oraz warsztaty i kursy praktyczne, czyli tzw. hands-on – te wszystkie wydarzenia składają się na oficjalny program naukowy Dorocznego Światowego Kongresu Stomatologicznego FDI, który 7 września 2016 r. rozpocznie się w Poznaniu.

W najważniejszym wydarzeniu w historii polskiej stomatologii weźmie udział kilkudziesięciu wybitnych ekspertów z całego świata, w tym liczne grono przedstawicieli krajowej myśli naukowej.

Uczestnicy Kongresu FDI w Poznaniu będą mogli korzystać z bogatej oferty naukowej przygotowanej wspólnie przez polski Komitet Naukowy i Światową Federację Dentystyczną FDI.

W programie miejsce znalazły m. in. takie tematy jak: kontrola infekcji, reakcja tkanek na uraz, antybiotykoterapia w leczeniu chorób przyzębia, optymalizacja adhezji i doboru materiałów w CAD/CAM.

Dla przykładu: prof. Aldo Brungnera z Brazylii zaprezentuje badania dotyczące fototerapii laserowej w stomatologii, prof. Jean-Christophe Fricain z Francji opowie, w jaki sposób nie przeoczyć złośliwego nowotworu błony śluzowej jamy ustnej, Brytyjczyk prof. Stephen Williams omówi stosowanie biomechaniki i kontroli tarcia w połączeniu z wykorzystaniem zamków typu twin, dr Julian Conejo z Kostaryki przedstawi protokół postępowania u pacjentów ze starciem zębów.

Program zawiera również ofertę dla techników dentystycznych, higienistek oraz asystentek stomatologicznych.

## Wykłady (wybrane)

Wykłady podczas Kongresu odbywają się równolegle w sześciu salach wykładowych. Uczestnik rejestruje się na określony dzień/dni lub na cały Kongres (4 dni). W ramach opłaconego uczestnictwa można brać udział w dowolnie wybranych wykładach.

### *Implantologia*

Prof. Korkud Demirel odpowie na pytanie, czy występowanie w przeszłości zapalenia przyzębia jest czynnikiem ryzyka peri-implantitis? Prof. Liran Levin zastanowi się nad założeniami, przekonaniami i wiedzą, dotyczącą zarówno oceny rokowania w odniesieniu do zębów, jak i długoterminowego powodzenia leczenia

implantologicznego. Dr n. med. Mariusz Duda porówna różne metody i udane przypadki rehabilitacji pacjentów z częściową lub całkowitą utratą uzębienia przy zastosowaniu implantów z przypadkami niepowodzeń.

Pozostali wykładowcy: prof. Marzena Dominiak, prof. Andrzej Wojtowicz, dr Hadi Antoun, dr Asbjørn Jokstad, dr Tomas Linkevicius, lek. dent. Monika Puzio.

### *Ortodoncja*

Prof. Stephen Williams opowie o zwiększeniu efektywności przesuwania zębów dzięki wszechstronnym systemom mechanicznym i kontroli tarcia. Prof. Young Guk Park wyjaśni zasady działania nowego, prostego, lingualnego aparatu ortodontycznego do protruzji siekaczy. Dr hab. n. med. Jolanta Kostrzewa-Janicka będzie mówiła o protetyczno-ortodontycznym postępowaniu w przypadku stwierdzenia zaburzeń pracy wnętrza stawów skroniowo-żuchwowych.

Pozostali wykładowcy: dr hab. Ewa Monika Czołchowska, dr n. med. Liwia Minch, prof. Tomasz Gerdrange, dr Zakaria Bentahar.

### *Periodontologia*

Prof. Maurizio Tonetti opowie o nowych metodach i możliwościach profilaktyki i leczenia zapalenia przyzębia w pracy ogólnie praktykującego dentysty, a prof. Magda Feres o systemowej antybiotykoterapii w leczeniu chorób przyzębia. Dr hab. n. med. Paweł Plakwicz wyjaśni zasady regeneracji kości po autotransplantacji zębów z nieukończonym rozwojem korzeni.

Pozostali wykładowcy: dr n. med. Wojciech Bednarz, dr Alpodogan Kantarci, lek. stom. Jacek Żurek.

### *Materiały*

Prof. John Nicholson postawi pytanie, czy współczesne materiały mogą wyjść naprzeciw światowym potrzebom dotyczącym zdrowia jamy ustnej? Prof. Reinhard Hickel opowie o nowych kompozytach typu bulkfill wyjaśniając jednocześnie czy jest to opłacalne rozwiązanie, czy zbyt duże ryzyko? Prof. dr hab. n. med. Jolanta Saczko zaprezentuje wykład poświęcony biogodności eksperymentalnych środków retrakcyjnych w ludzkich dziąsłowych fibroblastach (HGFs).

Pozostali wykładowcy: prof. Roger Linden, prof. Hendrik Meyer-Lückel, prof. Liran Levin, dr Jean-Yves Cochet

### *Technika dentystyczna*

Dr Rafał Mędzin opowie o zmodyfikowanej metodzie „one abutment, one time” w wjęciu klinicznym i laboratoryjnym. Nick Mekias będzie mówił o „dekodowaniu” koloru naturalnego zęba i odtworzenie go z proszków ceramicznych, a tech. dent. Katarzyna Subotowicz, o za-

leżności w uzyskiwaniu pożądanej barwy i wybranych na uzupełnienie ceramiczne rodzajów struktur.

Pozostali wykładowcy: Christopher Adamus, tech. dent. Tomasz Ciaputa, Michał Dudkowski, Antonio Ferilli, dr Kristian Owczarczak, tech. dent Ryo Miwa

### **Warsztaty i kursy praktyczne (wybrane)**

Medycyna estetyczna, ortodoncja, leczenie laserem, zaburzenia czynnościowe narządu żucia czy sposoby walki z erozją i starciem zębów – to tylko niektóre z propozycji przygotowanych dla uczestników kursów praktycznych i warsztatów (tzw. hands-on), które stanowią ważny punkt programu naukowego Kongresu FDI.

#### ***Użycie mikroimplantów jako zakotwiczenie w ortodoncji*** (warsztat, 3h)

Prof. Tomasz Gedrange przedstawi różne rodzaje dystalizatorów, ich wady i zalety, wskazania i przeciwwskazania. Wiele uwagi poświęci zakotwieniu w ortodoncji, także w wykorzystaniu implantów i miniśrub. Odpowie także na pytania: jakie są granice w dystalizacji, kiedy jest wskazana, a kiedy należy zdecydować się na ekstrakcję zębów, jakich efektów ubocznych należy się spodziewać i jak im zapobiegać?

#### ***Odbudowy kompozytowe w przypadku znacznego starcia zębów*** (warsztat, 3h)

Dr n. med. Maciej Żarow nauczy: jak wykorzystywać minimalnie inwazyjne technologie adhezyjne w przypadku konieczności odbudowy utraconych tkanek zęba i utraconej wysokości zwarciowej, o ile odbudować skrócone zęby, jak uzyskać utracony kształt zęba, jak pracować szybko, efektywnie i przewidywalnie, jak dobrać kolor kompozytów, aby nie były ani za szare, ani opakerowe?

#### ***Techniki autogennych przeszczepów kości w chirurgii stomatologicznej*** (wykład + warsztat, 3h)

Lek. dent. Wojciech Bekiesz opowie m. in. o planowaniu zabiegów przeszczepu kości i doborze pacjentów, technikach chirurgicznych, wyjaśni skąd pobrać materiał do augmentacji, zdradzi zasady implantacji z jednoczasowym autogennym przeszczepem kości (technika bone ring). Zajęcia praktyczne obejmą przeszczep kości na materiale zwierzęcym oraz transpozycję nerwu zębodołowego na materiale zwierzęcym

### **Meet the expert!**

Różowa estetyka, stomatologia adhezyjna, tomografia stożkowa czy szyny zgryzowe – to niektóre tematy sesji, które będą przedstawione w formule Meet the Expert. To bardzo lubiana przez lekarzy dentystów forma nauki, ponieważ pozwala na bezpośredni kontakt z wykładowcą, poprzez np. możliwość skierowania do prelegenta konkretnych pytań. Formuła sesji polega na krótkiej, wstępnej (ok. 20 min.) prezentacji zaproszonego eksperta oraz dyskusji, wymiany poglądów i doświadczeń w zakresie podanego tematu. Sesje prowadzone są w języku an-

gielskim. W spotkaniach z ekspertami mogą brać udział tylko uczestnicy Kongresu. Za uczestnictwo przysługują punkty edukacyjne. W gronie ekspertów znaleźli się m.in.: prof. Maurizio Tonetti, prof. Lorenzo Breschi, prof. Korkud Demirel i prof. Marzena Dominiak.

### **Praktyczny informator**

#### ***Zakupy***

Uczestnicy Światowej Wystawy Stomatologicznej, towarzyszącej każdemu Kongresowi FDI, będą mogli porównać najnowszy sprzęt i technologie z całego świata. Stoiska firm będą usytuowane w pawilonach 7, 7A, 8 i 8A. Tzw. Polish Pavilion, w którym skupione będą krajowe firmy-producenty, znajdzie się w 8A, w sąsiedztwie wystawców z USA i Włoch. W „ósemce” największą powierzchnię wykupiły firmy z Wielkiej Brytanii i Korei Południowej, w „siódemce” będzie sporo wystawców z Indii i Chin. W 7A zaprezentują się natomiast największe koncerny.

#### ***After hours***

Podczas ceremonii otwarcia wystąpi Grupa MoCarta wraz z Ireneuszem Krosnym. Prestiżowa Gala Dinner odbędzie się w przepięknej auli Collegium Minus w Poznaniu. Wzbogaci ją recital fortepianowy Jacka Kortusa, laureata XV Międzynarodowego Konkursu Pianistycznego im. Fryderyka Chopina w Warszawie. 9 września odbędzie się wieczór polskich tradycji i kultury Polish Night. W podpoznańskim country parku „Pod Gajem”, odbędą się m. in. warsztaty lepienia rogali św. Marcina. Wieczór umili lubiany przez stomatologów Ray Wilson z zespołem. Dla miłośników twórczości Fryderyka Chopina alternatywą będzie koncert Kate Liu, laureatki trzeciej nagrody Konkursu Chopinowskiego w 2015 r. szczegółowy program towarzysko-kulturalny dostępny jest na [www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org).

#### ***Noclegi***

Nie warto przepłacać, warto skorzystać z oferty przygotowanej przez organizatorów. Organizatorzy zarezerwowali pewną pulę miejsc w poznańskich hotelach. Rezerwacji (do 5 pokoi) można dokonywać korzystając z platformy WTC Poznań, dostępnej na stronie [www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org) w zakładce: Hotele.

### **Komentarze**

***Prof. Marzena Dominiak, Przewodnicząca Polskiego Komitetu Naukowego:*** Trudno wymienić wszystkich wykładowców oraz prezentacje warte uwagi, dlatego polecam uważną analizę programu, wraz z sylwetkami zaproszonych ekspertów oraz abstraktami wykładów i kursów, które zamieściliśmy na oficjalnej stronie internetowej Kongresu – [www.fdi2016poznan.org](http://www.fdi2016poznan.org). Program jest wybitnie międzynarodowy, pozwala na spojrzenie na stomatologię z perspektywy specjalistów ze wszystkich kontynentów świata.

► **Prof. Bartłomiej W. Losrer, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego, Prezydent PTS:** Liczba autorytetów z zakresu wszystkich dziedzin stomatologii, zarówno z kraju jak i zagranicy, którzy potwierdzili udział w Kongresie, stanowi dowód realizacji obietnicy o unikalnej ofercie edukacyjnej. Kongres ma być szansą na zaprezentowanie światu największych sukcesów polskiej stomatologii. Dlatego wśród wybitnych wykładowców oraz prowadzących kursy nie brakuje krajowych naukowców i praktyków. Polska myśl naukowa będzie prezentowana także podczas sesji plakatowych i ustnych, a technologiczna – podczas Światowej Wystawy Stomatologicznej np. w polskim pawilonie.

**Dr Patrick Hescot, Prezydent FDI:** O Kongresie lubimy mówić, że to wydarzenie „umyślnie międzynarodowe”. Ideą jego organizacji była chęć stworzenia „żywej” platformy wymiany myśli i poglądów środowisk stomatologicznych z całego świata. Dzięki ciężkiej pracy – udało się. Kongres FDI od lat uznawany jest za miejsce spotkań wybitnych lekarzy dentystów, techników, higienistek, asystentek oraz innych przedstawicieli branży stomatologicznej, w tym producentów i dystrybutorów. Jest areną dyskusji, wyznacza kierunki rozwoju, uczy i ułatwia międzynarodową integrację. Jest przede wszystkim ogromną szansą dla miasta i kraju gospodarza Kongresu.

## JUBILEUSZ 60-LECIA ODDZIAŁU CHIRURGII DZIECIĘCEJ W OPOLU

# „Nie ma przyszłości bez przeszłości”

20 maja 2016 r. Oddział Chirurgii Dziecięcej w Opolu obchodził jubileusz 60-lecia swojej pracy dla dobra dzieci województwa opolskiego wymagających leczenia chirurgicznego.

Posiedzenie naukowe pod hasłem „*Nie ma przyszłości bez przeszłości*” odbyło się w Sali Konferencyjnej Orła Białego Urzędu Marszałkowskiego w Opolu pod Honorowym Patronatem Marszałka Województwa Opolskiego oraz pod Patronatami: Opolskiej Izby Lekarskiej i Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Opolu.

Uroczystość uświetnili swoją obecnością byli i obecni Pracownicy Oddziału Chirurgii Dziecięcej, którzy opiekowali się pacjentami Oddziału. Wśród licznych Gości znaleźli się Ordynatorzy, Oddziałowe, Pielęgniarki oraz pozostały Personel Opolskiej Chirurgii Dziecięcej.

W Jubileuszu uczestniczyli wspaniali Goście, wśród których byli m. in. V-ce Wojewoda Opolska pani Violet-

ta Porowska, V-ce Marszałek Województwa Opolskiego pan Roman Kolek, Dyrektor OOW NFZ pani Grażyna Kowcun, Prezes Opolskiej Izby Lekarskiej pan dr n. med. Jerzy Jakubiszyn, Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych pani mgr Sabina Wiatkowska, Profesorowie Chirurgii Dziecięcej: Dariusz Patkowski, Maciej Bağlaj, Wojciech Apoznański, Wojciech Korlaci, Krzysztof Wronecki, Prezes Szpitala Wojewódzkiego w Opolu pani Renata Ruman-Dzido, Dyrektor Opolskiego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu pan Edward Puchała, Dyrektor Wojewódzkiego Centrum Medycznego w Opolu pan Dariusz Madera.

W czasie Konferencji Naukowej przedstawiona została Historia Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Opolu, jego geneza i rozwój. Przypomniano wielkie i zasłużone osobowości Opolskiej Chirurgii Dziecięcej: Ordynatorów, Oddziałowe, które miały istotny wpływ na poprawę





opieki nad dziećmi województwa opolskiego wymagającymi leczenia chirurgicznego, a każdy Pracownik Oddziału Chirurgii Dziecięcej w przedstawionym „Kalendarz-dokopie Wspomnień” mógł, na oglądanych zdjęciach, odnaleźć siebie i swoje wspomnienia.

Najbardziej zasłużeni Ordynatorzy oraz Oddziałowe uhonorowani zostali wyróżnieniami. V-ce Marszałek Województwa Opolskiego pan Roman Kolek, w imieniu Marszałka, wręczył Odznaki Honorowe za Zasługi dla Województwa Opolskiego Ordynatorom: dr n. med. Adamowi Domanasiewiczowi i dr n. med. Halinie Pławszewskiej; Oddziałowym: mgr Teresie Osadczuk-Witkowskiej i piel. Teresie Wieloch.

Ponadto Ordynatorzy otrzymali wyróżnienia z Polskiego Towarzystwa Chirurgów Dziecięcych i z Opolskiej Izby Lekarskiej, a pani mgr Teresa Osadczuk-Witkowska z Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. Na ręce obecnego Ordynatora i Oddziałowej Oddzia-

łu Chirurgii Dziecięcej WCM Opolu, złożono dla całego Zespołu liczne jubileuszowe gratulacje, listy gratulacyjne i pamiątki.

Serdecznie dziękuję wszystkim byłym i obecnym Pracownikom Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Opolu za swoją pasję, trud i poświęcenie dla dobra naszych pacjentów. Aby uśmiech naszych pacjentów był wyrazem ich zdrowia, radości, szczęścia i wdzięczności za naszą opiekę.

Wszystkim zaś uczestnikom jubileuszu 60-lecia Oddziału Chirurgii Dziecięcej w Opolu „Nie ma przyszłości bez przeszłości” dziękuję za obecność, wyrazy sympatii oraz życzenia, gratulacje i pamiątki.

Dr n. med. Ryszard NOPARLIK  
Ordynator

Oddziału Chirurgii Dziecięcej PS ZOZ WCM Opolu

P.S. Zapraszam na stronę internetową WCM – Oddział Chirurgii Dziecięcej.

## LORD HORATIO NELSON (1758–1805) ZWYCIĘZCA SPOD TRAFALGARU



W jednym z ostatnich Biuletynów Informacyjnych OIL przedstawiłem postać bohatera narodowego Anglii księcia Arthura Wellingtona zwycięzcy bitwy pod Waterloo, która spowodowała ostateczny upadek Napoleona.

Drugim bohaterem narodowym Anglii został lord Horatio Nelson, zwycięzca bitwy morskiej pod Trafalgarem, która zakończyła się pokonaniem floty francusko-hiszpańskiej.

Nelson już jako młody chłopak brał udział w dalekich wyprawach morskich do Indii i w wieku 21 lat został kapitanem fregaty.

Podczas amerykańskiej wojny o niepodległość walczył we flocie angielskiej. Podczas wojny pomiędzy Francją i pierwszą koalicją (1793–95) pełnił u boku admirała Jervisza funkcję komandora, Flocie angielskiej nie udało się wówczas zapobiec zagarnięciu Włoch przez Napoleona. Po tej nie udanej kampanii otrzymał dowództwo floty angielskiej. W roku 1793 podczas ataku na rodzinną wyspę Napoleona – Korsykę Nelson stracił prawie oko uderzony odłamkiem pocisku.

Napoleon licząc na przewagę floty francuskiej na Morzu Śródziemnym podjął wyprawę do Egiptu z francuskiego wojennego portu w Tulonie 17 maja 1798, w ślad za nim podążył Nelson z flotą angielską.

Kilka miesięcy później, kiedy Napoleon podbił Egipt zwracając się do swoich żołnierzy, że mają ofiarnie walczyć ponieważ: „...czterdzieści wieków patrzy na was...” Nelson w zatoce Abu Kir zadał francuskiej flocie straszliwą klęskę uniemożliwiając Napoleonowi planowaną inwazję na Turcję.

Klęska Napoleona pod Abu Kir zmusiła go do szybkiego powrotu do Francji, tym bardziej że zawiązała się druga koalicja antyfrancuska (1799–1800). Nelson popłynął wówczas do Neapolu, aby zdobyć poparcie tego królestwa w wojnie przeciwko Francji. Niestety Nelsonowi nie udało się przeszkodzić Francuzom w zajęciu Neapolu, zaś Napoleon mianował swojego brata Józefa królem Neapolu.

W roku 1801 Nelson został mianowany wiceadmirałem i przekonał dowódcę angielskiej floty na Morzu Północnym Hyde Parkera do ataku na port w Kopenhadze i zniszczenia floty duńskiej, był to wielki cios dla tzw. „ligi państwa neutralnych”.

Po tym sukcesie Nelson otrzymał stopień admirała i udaremniał plany inwazji Napoleona na Anglię, który w tym celu gromadził flotę francuską w Tulonie. Wówczas flota Nelsona przypłynęła na Morze Śródziemne i otoczyła Tulon, w którym znajdowała się flota francusko-hiszpańska. Dowodził nią admirał Villeneuve, który jednak przemknął się przez blokadę angielską i popłynął w kierunku Antyli, zmuszając Nelsona do pościgu za nim. Jednak Villeneuve nagle zawrócił po otrzymaniu informacji o powstaniu piątej koalicji przeciwko Francji (Petersburg 1805).

Obie floty spotkały się 21 października 1805 r. w pobliżu Kadyksu niedaleko przylądka Trafalgar. Bitwa zakończyła się wielkim zwycięstwem floty angielskiej nad flotą francusko-hiszpańską.

Niestety w końcowej fazie bitwy Nelson został postrzelony w kręgosłup i aby nie obniżyć ducha walki swoich żołnierzy okrył się płaszczem, aby zasłonić swoje

dysfunkcje. Zmarł po czterech godzinach, kiedy był już pewny, że flota francusko-hiszpańska została zniszczona.

W tym miejscu należy przypomnieć, że bitwa pod Trafalgarem była ostatnią wielką bitwą morską żaglowców.

Ciało Nelsona rzekomo przewieziono do Anglii w beczce z rumem, aby zapobiec rozkładaniu, stąd starzy marynarze twierdzą, że rum to krew Nelsona.

Horatio Nelson został pochowany w podziemiach Katedry św. Pawła w Londynie wybudowanej w latach 1675–1719. Jest to jedyny kościół w Anglii posiadający kopułę przypominającą Bazylikę św. Piotra w Rzymie. Nelson spoczął w sarkofagu z pięknego czarnego marmuru, zaś kilka lat później obok niego spoczął książę Arthur Wellington. Oba te sarkofagi polecam do zwiedzenia podczas peregrynacji P.T. Koleżanek i Kolegów po Londynie.

Centralny plac Londynu (Londyn nie posiada rynku ani ratusza) nosi nazwę Trafalgar Square, znajduje się przy nim słynna National Gallery, zaś w punkcie centralnym na wysokiej kolumnie postać Nelsona, wg. anegdot dlatego taka wysoka, aby do Nelsona nie mogli dotrzeć wierzyciele, których Nelson miał bez liku.



Lord Horatio Nelson



Kolumna Nelsona na Trafalgar Square

Jedyną wielką miłością Nelsona była słynna Emma, Lady Hamilton (1765–1815) żona ambasadora angielskiego w Neapolu, z którą miał nieślubną córkę.

Na całym świecie, w tym również w Polsce, na kołnierzach marynarzy widnieją trzy białe paski wspominające zwycięskie bitwy Nelsona pod Abu Kir, w Kopenhadze i pod Trafalgarem, zaś czarny krawat marynarski ma symbolizować żałobę po Nelsonie.

*Dr hab. n. med. Janusz KUBICKI*

P.S. Opaski na oku nosili również dwaj wybitni dowodcy nowoczesnych dziejów:

1. generał rosyjski Michaił Kutuzow, który pokonał Napoleona pod Borodino,
2. generał izraelski Mosze Dajan (urodzony w Polsce) zwycięzca w wojnie izraelsko-arabskiej pod koniec ubiegłego wieku.

## WYCIECZKA NASZYCH SENIORÓW

W dniu 14 maja br. w pochmurne i zimne przedpołudnie (trzeci zimny ogródek – Bonifacy), grupa lekarzy emerytów naszego OIL – a według Leszka Pisarskiego „grupa przedagonalna” – wsiadła do autokaru Sindbada i udała się na wycieczkę do miejsc ustalonych wcześniej przez Bogusia Kudybę. Najpierw była mała wioska Olszowa, gdzie uśmiechnęło się do nas słońce, które pozostało z nami przez cały dzień. W Olszowej zostaliśmy zaskoczeni i zauróczeni parkiem miniatur sakralnych z całego świata, ciągle rozbudowywanym, w którym znajdują się m. in. nasza katedra opolska i nyska św. Jakuba. Wspaniale utrzymane otoczenie oraz zaplecze hotelowo-restauracyjne, a także wybudowana kolejka linowa zadowolili mogą każdego, nawet najbardziej wybrednego turystę do odwiedzenia tego miejsca.

Zaskoczeni i pełni wrażeń, już na samym początku naszej wycieczki, znaleźliśmy się pod pomnikiem w amfiteatrze na górze Św. Anny, a tu nagle Tadziu Chowaniec mówi: „W 1946 roku jako harcerz byłem tutaj staty-

stą opery Verdiego „Aida” odgrywanej wówczas w tym miejscu.” Nie mogę tego pominąć, że po tej wiadomości Tadziu odmłodził o wiele lat. Dziś amfiteatr sprawia przykre wrażenie zarastając samosiejkami. Schody do Bazyliki św. Anny Samotrzeciej pokonaliśmy bez pomocy osób drugich, co jakby przeczy tezie Leszka. Nikt jednak (a może niewielu), kto wspina się po nich nie zauważa napisu na bramie przed dziedzińcem „Wnoszę swe oczy ku górom, skąd nadejdzie mi pomoc”. Po tym była jeszcze Brama Miłosierdzia, po przekroczeniu której wszyscy – mam nadzieję, że bez wyjątku – otrzymają odpust zupełny. Schodząc w dół, oczy nasze radowały się pyszną majową zielenią pól rozmaitych, z szachownicą kwitnącego rzepaku, ciągnących się aż po daleki horyzont.

Następny etap to Kamień Śląski ze wspaniałym pałacem, który z niezwykłą starannością został dźwignięty z kompletnej ruiny, do której doprowadzili go nasi „przyjaciele ze wschodu” (zupełnie nie tak dawno). A w zamku piękne wnętrza oraz własny wielotysięczny księgozbiór,



w tym także książki napisane przez arcybiskupa Alfonsa Nossola. No i sanatorium dostępne dla wszystkich (także bez skierowań) świetnie utrzymane i urządzone. W czasie postoju w Krapkowicach nastąpiło długie oblężenie sklepu jubilerskiego, który zachęcał dużymi upustami cen. A przez kogo? Przez nasze koleżanki!

Wreszcie przyszedł czas na obiad we wsi Dobra. Boguś uprzedził nas jednak, że aby w restauracji zjeść dobry obiad z rosółem, to trzeba wcześniej przynieść ze sobą kurę. Obiad okazał się bardzo smaczny i urozmaicony, a rosół rewelacyjny. W takiej sytuacji nie mogło się obejść bez śpiewów pieśni biesiadnych, a nawet arii z operetki Johana Straussa „Baron Cygański” (Leszkowi Pisarskiemu pomagaliśmy, jak kto mógł). Było również „Sto lat, sto lat...”, do których bliżej nam niż dalej. Kto to wie? Coraz jest nas mniej. Mężczyźni, w liczbie czterech, starali się jak mogli, aby ich głos był także słyszalny, ale na skutek wyraźnej niwelacji płci związanej z wiekiem, ginęli w gromadzie koleżanek.

W zamku w Mosznej, w doskonałych humorach, wysłuchaliśmy najpiękniejszych arii operetkowych wykonanych przez parę artystów z Wrocławia. Potem był jeszcze spacer po parku, podziwianie kwiatów, a powrót do Opola urozmaicony został dowcipami opowiadanymi przez Elę Szankowską-Miller. Zdjęcia wykonywał w pocie czoła i z niezwykłym skupieniem Bolek Ostrowski.

Kochani! Piękna jest nasz Mała Ojczyzna, pełna zażytków nie zawsze nam znanych, zwłaszcza wtedy, gdy jest skąpiana w majowym słońcu.

Wszyscy uczestnicy wycieczki bardzo dziękują dr n. med. Jerzemu Jakubiszynowi Prezesowi OIL za wyrażenie zgody i jej sfinansowanie. Uczestnicy naszej wycieczki, pełni zachwytu, postulują, aby organizować następne na takich lub innych warunkach (finansowych), gdyż stają się one znakomitą okazją do wzajemnego poznania, przyczyniając się do pełniej integracji naszego środowiska – lekarzy emerytów. I na koniec dodać muszę, kto nie był z nami, niech żałuje. *Jan WRÓBEL*



*Pomnik Czynu Powstańczego –  
Góra Św. Anny*



*Wnętrze pałacu w Kamieniu Śląskim*



*Park Miniatur Sakralnych Olszowa –  
katedra Św. Krzyża w Opolu  
([www.miniaturyolszowa.pl](http://www.miniaturyolszowa.pl))*



*Sanktuarium na Górze Św. Anny*



*Kamień Śląski – Sebastianum Silesiacum*



*Pałac w Mosznej*



*Pałac w Mosznej*



*Park Miniatur Sakralnych Olszowa –  
katedra PW Św. Jakuba w Nysie  
([www.miniaturyolszowa.pl](http://www.miniaturyolszowa.pl))*



# PLAN SZKOLEŃ PROWADZONYCH W RAMACH KOMISJI KSZTAŁCENIA OIL NA II PÓŁROCZE 2016 r.



Termin	Kierownik naukowy	Temat	Miejsce szkolenia
2–5.VI.2016 r. Dodatkowe informacje Tel. 661 082 360	Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dr n. med. Jadwiga Pyszkowska	Medycyna paliatywna (dla lekarzy w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych, specjalizujących się wg modułowego programu specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
24.VI.2016 r. piątek, godz.12.00 <sup>#</sup>	Dr n. med. Jerzy Jakubiszyn	Prowadzenie działalności w podmiotach leczniczych, przetwarzanie danych osobowych wg obowiązujących przepisów prawa	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
14.X.2016 r. piątek, godz.10.00 <sup>#</sup>	Mgr Jerzy Nowosielski	Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
7–9.X.2016 r. piątek–niedziela oraz 15–16.X.2016 r. sobota–niedziela cz. I kursu*	Prof. nadzw. Teresa Kokot konsultant wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Zdrowie publiczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności – modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
21–23.X.2016 r. piątek–niedziela cz. II kursu*	Lek. med. Korneliusz Michali	Orzecznictwo lekarskie	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23
4–6.XI.2016 r. piątek–niedziela*	Prof. nadzw. Teresa Kokot Konsultant Wojewódzki w dziedzinie zdrowia publicznego	Prawo medyczne (dla lekarzy/lekarzy dentystów wszystkich specjalności – modułowy program specjalizacji, zakwalifikowanych do odbywania specjalizacji po 1.X.14 r.)	Opolska Izba Lekarska Opole ul. Grunwaldzka 23

<sup>#</sup> prosimy o zgłaszanie chęci uczestnictwa w w/w szkoleniach telefonicznie – 77/454-59-39 do siedziby OIL w Opolu. Za uczestnictwo w szkoleniu przysługuje 5 pkt. edukacyjnych.

\* kursy wymagane do specjalizacji, zgłoszenia: strona internetowa: [opole.szkolenia@hipokrates.org](mailto:opole.szkolenia@hipokrates.org), informacja o kursach będzie zamieszczona na stronie internetowej [www.cmkp.edu.pl](http://www.cmkp.edu.pl) (w zakładce kursy specjalizacyjne); będzie tam również zamieszczony formularz zgłoszenia – szkolenia bez przyznawanych punktów edukacyjnych.

\* \* \*

## Aktualne przepisy BHP dla lekarzy i lekarzy dentystów (14.X.2016 r.)

Program:

1. Regulacje prawne z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy, z uwzględnieniem przepisów związanych z pracą lekarza i lekarza dentysty.
2. Przepisy związane ze szkodliwymi czynnikami występującymi w procesach pracy oraz zasady i metody likwidacji lub ograniczenia oddziaływania tych czynników na pracowników – z uwzględnieniem zmian w technologii, organizacji pracy i stanowisk pracy, stosowania środków ochrony zbiorowej i indywidualnej, wprowadzenia nowych urządzeń, sprzętu i narzędzi pracy
3. Przepisy związane z postępowaniem w razie wypadku w czasie pracy i w sytuacjach zagrożeń (np. pożaru, awarii),
4. Przepisy dotyczące charakterystycznych dla wykonywanej pracy chorób zawodowych oraz związanej z nimi profilaktyki.

Małgorzata ŁUSZCZYŃSKA-OSTROWSKA

## 2. REAKTYWOWANY STRESSOWY ZŁAZ MEDYKA JUŻ ZA NAMI

Kiedy prawie 3,5 roku temu, razem z Rysiem Ściborski, przeżywając „ryki duszy 50+”, postanowiliśmy odgrzebać po latach pomysł na Stressowy (zawsze przez dwa „S”) Złaz Medyka, myśleliśmy, że będzie to tylko jednorazowy incydent.

Spotkanie przed 3 laty w Starym Gierałtowie na Reaktywowanym Złazie – jego gorąca atmosfera, entuzjazm złazowiczów i prześpiewane dwa wieczory uzmysłowiły nam, że nie tylko nas trawi tęsknota za radosnymi czasami studenckich wędrówek po dolnośląskich górach. I nie tylko nam brakuje takich cudownie prostych i zwyczajnych emocji – ciepła rozpalonego ogniska i jego migocących płomieni, bliskości starych przyjaciół, piosenek śpiewanych przy gitarach. W Starym Gierałtowie, po latach odżyło to w nas raz jeszcze!

Gdy zegnaliśmy się ze sobą po 3 dniach stressowego złazowania wszyscy uczestnicy prawie zażądali od nas obu, byśmy spotkali się jeszcze raz. Wtedy obiecywaliśmy im, że pewnie za dwa lata zorganizujemy kolejny Złaz Medyka.

Niestety życie chodzi własnymi drogami – niekoniecznie po naszej myśli. Splot szeregu okoliczności spowodował, że kolejne wici stressowe rozesłaliśmy dopiero w tym roku. Przez kilka ostatnich miesięcy informowaliśmy Was o zbliżającym się 2 Reaktywowanym Stressowym Złazie Medyka, który właśnie pod koniec maja przeszedł już do historii.

Tym razem spotkaliśmy się w Zieleńcu, a naszą bazą był Hotel Szarotka Vital & Spa Resort. I choć – jak marzył się Rysio – zaplecze rekreacyjne mogło skusić nie-



*Uczestnicy 2. Reaktywowanego Stressowego Złazu Medyka*

jednego ze złazowiczów, to jednak frekwencja na złazowych posiadach była imponująca.

W piątkowy wieczór spotkaliśmy się całą, ponad 100-osobową gromadą przy grillu (szkoda, że nie przy ognisku, ale to stygmat nowych czasów) dla przećwiczenia zawartości nowego śpiewnika turystycznego – tym razem na specjalne życzenie wielu z Was („*bo wzrok już nie ten i w ogóle...*”) w wersji 50+ (czyli z dużymi literami). Cały Zieleniec do późnych godzin nocnych rozbrzmiewał piosenkami śpiewanymi przez rozochoconych uczestników Złazu przy akompaniamencie gitary niestrudzonego Rysia Ściborskiego, wspieranego keyboardem Ola Falińskiego i gitarą męża jednej z naszych koleżanek Włodzimierza. Część ze śpiewających przeniosła się później jeszcze do pokoi, kontynuując koncertowanie już w bardziej kameralnych warunkach.

Następnego dnia po śniadaniu, wykorzystując wspaiałą pogodę, bardziej ambitna i zorientowana turystycznie grupa aż 61 uczestników (rozpiętość roku urodzenia od 1940 do 1988) ruszyła na najwyższy szczyt Gór Orlickich – Orlicę. Po jej zdobyciu, usatysfakcjonowani turyści dołączyli do pozostałej grupy spacerowo-wyciągowej po czeskiej stronie dla dokonania „rozpoznania sytuacji bojem” w Masarykowej Chacie. Po dłuższym relaksie najbardziej ambitna 14-tka ruszyła jeszcze zielonym szlakiem do Rezerwatu na Torfowiskach, zaś pozostali powrócili do złazowej bazy w Zieleńcu.

Wieczorem wszyscy uczestnicy spotkali się z Karkonoskim Zespołem Folkowym „Szyszak” z Zachełmia. Grupa ta przedstawiła kilkanaście swoich piosenek. Teksty wielu z nich to wiersze autorstwa znanego jeleniogórskiego chirurga i himalaisty Kazimierza Pichlaka. Sam autor – obecny wśród złazowiczów – w trakcie występu recytował swoje stare i najnowsze wiersze, a nawet – przy gorącym aplauzie zebranych – zaśpiewał wspólnie z zespołem kilka swoich utworów.

Po części pełnej klimatów karkonoskich przyszła z kolei pora na klimaty bardziej wschodnie, czyli beskidzko-krakowskie w wykonaniu niezrównanej – jak zawsze – „Wolnej Grupy Bukowina”. Grażyna „Zajączek” Kulawik, Waław Juszczyszyn i Wojciech „Jarota” Jaroński wraz ze swoimi kolegami z zespołu w magiczny sposób przenieśli nas wszystkich w Krainę Łagodności. Ponieważ wszyscy doskonale znali śpiewane przez „Bukowinę” piosenki, cała sala rozbrzmiewała wspólnie śpiewanymi „klasykami” turystycznymi. To pełne emocji i wspomnień rozśpiewane spotkanie trwało do późnych godzin nocnych.

W ostatnim dniu Złazu, po śniadaniu, Kazio Pichlak podpisywał swoje tomiki wierszy. A potem wszyscy uczestnicy utworzyli krąg i zaśpiewali kilka pożegnalnych pieśni. Dalej już tylko „rodzinne zdjęcie”, ostatnie uściski, słowa pożegnania i 2 Reaktywowany Stressowy Złaz Medyka dobiegł końca.

Wiele razy podczas spotkania w Zieleńcu zadawano nam pytania, czy będą następne Złazy. Cóż, padły nieśmiało obietnice, że być może za kolejne 3 lata spotkamy się na kolejnym Stressie, ale czy tak się stanie – czas pokaże! Śledźcie więc informacje w Biuletynie i trzymajcie kciuki, aby „słowo ciałem się stało”.

Na koniec należałoby po raz kolejny podkreślić, że nie byłoby tego Złazu, gdyby nie wielkie zaangażowanie Rysia Ściborskiego i cierpliwość jego żony. Nowy śpiewnik z kolei przygotowała dla złazowiczów córka Rysia – Ania, a okładkę i znaczek rajdowy – podobnie, jak i przed 3 lata – zaprojektował artysta plastyk Adam Bagiński – nasz wierny przyjaciel. Osobne podziękowania należą się również P. Patrycji Malec z DIL za pomoc organizacyjno-techniczną. Na koniec wreszcie za oprawę medialną odpowiedzialny był Jerzy Lach.

*Jerzy B. LACH i Ryszard ŚCIBORSKI*





*Zieleniec z lotu ptaka*



*Basza złazowa w „Szarotce”*



*Piosenkowanie przy grillu*



*Odpoczynek przy Masarykowej Chacie*



*Główny organizator Złazu – Ryszard Ściborski i ten drugi (Jerzy Lach)*



*Grupa spacerowo-wyciągowa*



*Wolna Grupa Bukowina*



*Karkonoski Zespół Folkowy „Szyszak”*



*W drodze na Orlicę*



*„Ostatni uścisk rąk... do zobaczenia znów”*



*Autor części tekstów piosenek „Szyszaka” – Kazimierz Pichlak*



*Krótkie spotkanie z poetą (Kazimierz Pichlak)*



*Uczestnicy I Stressowego Złazu Medyka z 1966 r.*



## NIK O KSZTAŁCENIU KADR MEDYCZNYCH

Sposób kształcenia kadr medycznych nie zapewnia przygotowania wystarczającej liczby specjalistów, dostosowanej do zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Brakuje kompleksowej strategii, uwzględniającej trendy demograficzne i epidemiologiczne, limity przyjęć wyznaczają uczelnie, kierując się własnymi analizami, a przede wszystkim własnym rachunkiem ekonomicznym, a brak informacji na temat emigracji personelu medycznego uniemożliwia jej przeciwdziałanie. NIK przestrzega, że próby nadrobienia wieloletnich zaległości poprzez przyspieszanie cyklu kształcenia lekarzy niosą ryzyko co do utrzymania jakości kształcenia.

Brak całościowej, perspektywicznej wizji dot. kształcenia kadr medycznych, dostosowanej do dynamicznie zmieniających się potrzeb zdrowotnych społeczeństwa może okazać się groźny dla polskiego systemu leczenia. Na polskich uczelniach medycznych kształcą się sporo lekarzy. Jednak coraz więcej z nich to obcokrajowcy, którzy po zakończeniu nauki wracają do siebie. Również także liczba absolwentów, którzy – przez nikogo nie powstrzymywani – emigrują. NIK alarmuje, że w najbliższej przyszłości może okazać się, że grupa lekarzy, dentystów i pielęgniarek, która zostaje w Polsce nie będzie wystarczająco liczna, by zapewnić opiekę medyczną wszystkim potrzebującym.

Brak lekarzy niektórych specjalności już teraz staje się jedną z najistotniejszych systemowych przyczyn wydłużania się średniego czasu oczekiwania na świadczenia medyczne. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia nie stworzyło długookresowej strategii, uwzględniającej potrzeby zdrowotne społeczeństwa, opartej na analizie trendów demograficznych i danych epidemiologicznych, która uzasadniałaby decyzje o liczbie kształconych lekarzy i przedstawicieli innych zawodów medycznych.

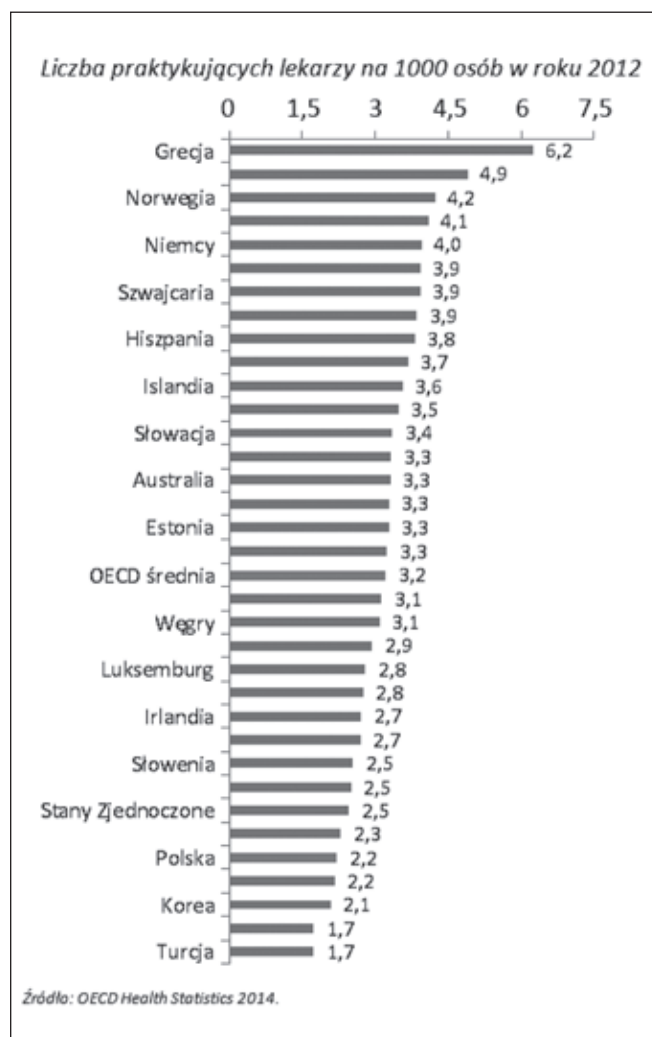
**Limity miejsc i przyjęć** na studia medyczne ogłasza Minister Zdrowia. Jednak w rzeczywistości Ministerstwo – rezygnując z roli wyznaczającego kierunek – jedynie akceptowało propozycje nadsyłane przez uczelnie medyczne. NIK zwraca uwagę, że od roku 2012 przez trzy kolejne lata limity przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny były ogłaszane już po rozpoczęciu rekrutacji, a progi punktowe decydujące o zakwalifikowaniu na studia ustalano bez wiedzy o limicie przyjęć określonym na dany rok.

Uczelnie medyczne ustalały limity przyjęć na podstawie własnych analiz zapotrzebowania na absolwentów danego kierunku, z uwzględnieniem swoich możliwości dydaktycznych. Jednak NIK zwraca uwagę, że również znaczącym czynnikiem, brany pod uwagę przy ustala-

niu limitów były kwestie finansowe, ponieważ wpływy z opłat za kształcenie stanowiły istotne źródło przychodów własnych uczelni. Np. w 2014 r. przychody z tytułu kształcenia w języku innym, niż język polski wynosiły średnio 48,5% przychodów własnych skontrolowanych uczelni. NIK zwraca także uwagę, że niestacjonarne studia lekarskie i lekarsko-dentystyczne w praktyce stają się płatną formą studiów dziennych, bowiem grupy złożone ze studentów studiów stacjonarnych i niestacjonarnych uczestniczyły we wspólnych zajęciach.

W badanym okresie (2012/2013–2015/2016) limit przyjęć na kierunek lekarski na studia stacjonarne wzrósł o nieco ponad 14%, a na niestacjonarne o blisko 40%. Limit przyjęć na kierunek lekarski prowadzony w języku innym niż język polski wzrósł o ponad 20%.

Różnice jeszcze wyraźniej widać na kierunku lekarsko-dentystycznym: w tym samym czasie limit przyjęć na studia stacjonarne wzrósł tam o 7,7%, na niestacjonarne o 11,8%, a na prowadzone w języku obcym – o 71,1%.



Dodatkowo władze uczelni medycznych niejednokrotnie przyjmowały na kierunki prowadzone w języku angielskim więcej studentów niż pozwalały limity, zakładając, że nie obciąża to budżetu państwa. W ocenie NIK praktyka taka jest trudna do zaakceptowania, ponieważ uczelnia ma ograniczoną bazę dydaktyczno-kadrową i wykorzystywanie jej w coraz większym stopniu do kształcenia studentów obcojęzycznych wpływa na jej dostępność dla pozostałych studentów.

Mimo pozytywnych ocen wystawionych przez Polską Komisję Akredytacyjną wszystkim kontrolowanym uczelniom, **dostęp studentów do bazy dydaktycznej** był bardzo zróżnicowany. Na przykład liczba studentów w przeliczeniu na jedną salę wykładową wynosiła od 126 w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku do 405 w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie. Z kolei sale ćwiczeniowe wykorzystywano np. dla 13 studentów w Uniwersytecie Medycznym w Poznaniu, podczas gdy w Uniwersytecie Medycznym w Lublinie ćwiczenia w jednej sali odbywało średnio 30 studentów. Zróżnicowane było też obciążenie dydaktyczne i liczebność grup studenckich. Na niektórych kierunkach (fizjoterapia, położnictwo) studenci odbywali dziennie nawet 11–12 godzin zajęć, a liczebność grup na ćwiczenia kliniczne na kierunku położnictwo budziła zastrzeżenia Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych.

Na brak odpowiedniej liczby specjalistów wpływały także **limity miejsc rezydenckich**. NIK zwraca jednak uwagę, że zdarzało się, że nie wszystkie przyznane miejsca były wykorzystywane. Przede wszystkim ze względu na brak chętnych w deficytowych dziedzinach medycyny. I tak: w niektórych dziedzinach medycyny wykorzystywano wszystkie przyznane miejsca rezydencje (np. chirurgia szczękowo-twarzowa, endokrynologia, ortodoncja). Natomiast w przypadku takich dziedzin jak medycyna ratunkowa, neonatologia, onkologia i hematologia dziecięca, czy patomorfologia – zdecydowana większość przyznanych miejsc (nawet ponad 90%) pozostała niewykorzystana.

NIK zwraca uwagę, że Ministerstwo Zdrowia nie wypracowało rzetelnej **procedury określania liczby niezbędnych specjalistów** (m. in. lekarzy i pielęgniarek). Nie utworzono np. planowanego Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych, który miał gromadzić m. in. informacje dot. zapotrzebowania na miejsca szkoleniowe w określonych dziedzinach medycyny i farmacji, a także wspomagać zarządzanie systemem kształcenia pracowników medycznych.

NIK zwraca też uwagę na zagrożenia płynące z braku mechanizmów służących szacowaniu skali **emigracji personelu medycznego**. Brak szacunków i analiz dot. emigracji lekarzy i pielęgniarek zmniejszał lub wręcz uniemożliwiał Ministrowi Zdrowia skuteczne ograniczanie tego zjawiska. Obecnie jednym z nielicznych, choć pośrednich, źródeł informacji nt. liczby wyjeżdża-

jących lekarzy i pielęgniarek może być rejestr wydanych zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu (od 2012 wydano 9200 takich zaświadczeń). Rejestr ten obejmuje jednak tylko osoby, które chcą ubiegać się o pracę na terenie Unii Europejskiej (ale już np. nie w USA, Arabii, czy Australii).

W ocenie NIK niektóre **regulacje prawne zmierzające do przyspieszenia i uelastycznienia systemu kształcenia lekarzy i dentystów**, stwarzają zagrożenie dla jakości procesu kształcenia. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że likwidacja stażu podyplomowego i włączenie nauczania praktycznego do kształcenia przeddyplomowego nie zapewni praktycznego przygotowania do wykonywania zawodu lekarza adekwatnego do uzyskiwanego w poprzednim porządku prawnym i w sposób znaczący wpłynie na obniżenie jakości kształcenia lekarzy i lekarzy dentystów.

Zgodnie z nowymi regulacjami liczba godzin praktycznego nauczania klinicznego dla studentów VI roku kierunku lekarskiego i V roku kierunku lekarsko-dentystycznego w wielu dziedzinach będzie niższa, w niektórych wypadkach nawet o 70%, od obecnie obowiązującej. Projekt ustawy likwidującej staż podyplomowy został negatywnie oceniony w toku uzgodnień społecznych przez wiele środowisk (m. in. Naczelną Radę Lekarską, niektórych konsultantów krajowych i wojewódzkich, władze uczelni medycznych).

Dziedzina	Czas częstokowego stażu podyplomowego lekarza	Czas praktycznego nauczania klinicznego na VI roku studiów kierunku lekarskiego	Różnica (w %)
Choroby wewnętrzne	11 tygodni	8 tygodni	27,3
Pediatrica	8 tygodni	4 tygodnie	50,0
Chirurgia	8 tygodni	4 tygodnie	50,0
Ginekologia i położnictwo	7 tygodni	2 tygodnie	71,4
Psychiatria	4 tygodnie	2 tygodnie	50,0
Medycyna ratunkowa	3 tygodnie	2 tygodnie	33,3
Medycyna rodzinna	6 tygodni	2 tygodnie	66,7

Z likwidacją lekarskiego stażu podyplomowego wiąże się także problem dotyczący zajęć praktycznych, wynikający z różnicy między statusem lekarza odbywającego staż, który posiada – ograniczone, ale jednak – prawo

wykonywania zawodu i studenta, który takiego prawa nie posiada.

NIK zwraca też uwagę, że przyjęte rozwiązania prawne dopuszczają uzyskanie przez grupę absolwentów, którzy rozpoczęli naukę przed rokiem akademickim 2012/2013 prawa wykonywania zawodu – lekarza i lekarza dentystry – bez kształcenia praktycznego.

Finansowanie kształcenia kadr medycznych odbywało się zgodnie z algorytmem określonym przez Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Jednak uczelnie medyczne wskazywały na niewystarczającą wysokość dotacji budżetowych na działalność dydaktyczną. Uwagi te nabierają szczególnego znaczenia w kontekście nadawania uprawnień do prowadzenia kształcenia na kierunkach medycznych – zwłaszcza lekarskim i lekarsko-dentystycznym – przez uczelnie niemedyczne. Prawo do takiego kształcenia mają już trzy uczelnie publiczne i jedna niepubliczna.

### Wnioski pokontrolne

Ustalenia kontroli jednoznacznie wskazują na konieczność systemowego podejścia do kształcenia kadr medycznych. Planowanie liczby poszczególnych specjalistów w systemie ochrony zdrowia, a także organizacja systemu kształcenia poprzedzone powinny być rzetelnym rozpoznaniem potrzeb zdrowotnych obywateli. System ich kształcenia powinien natomiast zapewniać nie tylko odpowiednią liczbę absolwentów kierunków medycznych, ale również wysoką jakość tego procesu.

NIK zaleca m. in.:

- Przeprowadzenie rzetelnych analiz, pozwalających określić liczbę przedstawicieli poszczególnych zawodów medycznych, jaka powinna przypadać na określoną populację ludności.
- Rozważenie przygotowania regulacji prawnych przywracających staż podyplomowy lub innych rozwiązań zapewniających adekwatne przygotowanie praktyczne i respektujących prawa pacjenta.
- Zagwarantowanie możliwości kształcenia podyplomowego specjalistów szczególnie istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych obywateli.
- Wzmożenie nadzoru nad kształceniem kadr medycznych, zwłaszcza w uczelniach niemedycznych oraz wnikliwą analizę przesłanek przyznawania wysokich limitów przyjęć dla studentów niepolskojęzycznych.

Za problem wymagający szczególnej uwagi NIK uznaje bieżące monitorowanie skali i kierunków migracji pracowników ochrony zdrowia oraz podjęcie skutecznych działań przeciwdziałających temu zjawisku. Jednym z wielu skutecznych rozwiązań może okazać się np. zobowiązanie lekarzy specjalistów, którzy odbyli kształcenie specjalizacyjne w trybie rezydentury – a więc finansowane ze środków publicznych do przepracowania określonej liczby lat w systemie ubezpieczenia zdrowotnego – niekomercyjnie (proponowane przez NIK już w oparciu o wyniki wcześniejszej kontroli).

Materiały audiowizualne dla radia, TV i portali internetowych

## KTO POWINIEN UCZYĆ PRZYSZŁYCH LEKARZY SPECJALISTÓW?

Na pytanie „Pulsu” odpowiada prof. dr hab. n. med. Walerian STASZKIEWICZ, kierownik Kliniki Chirurgii Naczyniowej i Angiologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, były dyrektor CMKP

Słabe wyniki egzaminów specjalizacyjnych, odpływ lekarzy specjalistów z Polski i wydłużanie się kolejek pacjentów do takich lekarzy – to coraz bardziej palący problem. Remedium na ten stan zdaniem wielu lekarzy parlamentarzystów, publikujących swoje przemyślenia (bo trudno to nazwać doświadczeniem i opartym na konkretnych faktach i analizach), i organizatorów ochrony zdrowia powinno być zwiększenie liczby studentów medycyny i otwieranie nowych uczelni. Obok tego czytamy apele o tworzenie miejsc akredytacyjnych służących kształceniu lekarzy specjalistów. W tej trudnej i złożonej sytuacji brak odpowiedzi na podstawowe pytanie: kto powinien prowadzić szkolenie zarówno studentów, jak i przyszłych specjalistów? W systemie szkolnictwa,

z wyjątkiem wyższych uczelni, do prowadzenia zajęć wymagane jest przygotowanie pedagogiczne. Nauczyciel powinien nie tylko mieć wiedzę, ale potrafić tę wiedzę przekazać. W konkursach na stanowiska pracowników naukowo-dydaktycznych nie sprawdza się umiejętności dydaktycznych. A przecie z własnego doświadczenia wiemy, że istnieją całe rzesze znakomitych lekarzy i naukowców, którzy nie potrafią przystępnie przekazywać wiedzy. Dotyczy to szczególnie nauczycieli, a medycyna nie jest tu wyjątkiem.

Prof. Jan Nielubowicz, który był nie tylko wybitnym lekarzem naukowcem, ale i znakomitym nauczycielem, mawiał, że 30% lekarzy ma wrodzone zdolności dydaktyczne, 30% można tego nauczyć, a 40% nie nadaje się do prowadzenia kształcenia. A przecież jest program europejski „Teaching of teachers” dotyczący nauczycieli akademickich, z którego nie korzystamy. Przygotowane przez CMKP kursy z prowadzenia zajęć dydaktycznych dla lekarzy będących kierownikami specjalizacji



lekańskich lub pracownikami naukowo-dydaktycznymi nie spotkały się z zainteresowaniem.

Dla wielu kierowników specjalizacji szkolący się lekarze to zło konieczne. W efekcie uczący się muszą sami podpatrywać kierownika specjalizacji i prosić dyrektora szpitala o łaskawą zgodę na wyjazd na obowiązkowe szkolenia. Bo dyżury, bo przychodnia, bo kto będzie pracować? Kierownicy specjalizacji mieli otrzymywać wynagrodzenie po zakończeniu z wynikiem pozytywnym kształcenia specjalisty. Projekt ten nie jest realizowany. Kiedyś był dobry obyczaj, że na część ustną egzaminu specjalizacyjnego zdający zgłaszał się z opiekunem – kierownikiem specjalizacji, teraz coraz częściej przychodzi sam. Kierownik specjalizacji nie jest tym zainteresowany. A lekarze, którzy uzyskali specjalizację, zgłaszają się do dyrektora szpitala, w którym pracują, i słyszą: musi kolega poszukać sobie pracy, bo dla mnie jest pan za

drogi. Zatrudnię rezydentów, za których płaci minister zdrowia, bo dla szpitala jest to tańsze rozwiązanie

Kolejna kwestia: specjalizacje lekarskie. Brałem udział, jako dyrektor Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego i przedstawiciel ministra zdrowia, w negocjacjach podczas procesu akcesyjnego do Unii Europejskiej. Miało być 35 (!) specjalizacji lekarskich. O ich liczbie decydować miała Krajowa Rada Specjalizacji Lekarskich. Ponieważ gremium to negatywnie opiniowało wiele pomysłów lobby lekarskiego i Ministerstwa Zdrowia, zostało decyzją kolejnego ministra rozwiązane i mamy sytuację, jaką mamy. Można tworzyć nowe wydziały i uczelnie kształcące lekarzy, zwiększyć liczbę miejsc odbywania specjalizacji, ale kto będzie nauczał? Jaki będzie poziom tej nauki i wiedzy lekarskiej? Będziemy mieli wielu specjalistów, ale gdzie znajdziemy doktora?

(przedruk z „Pulsu” nr 4/16)

## HISTORIA ZMIAN W SPOSOBIE ŻYWIENIA – REWOLUCJA CZY EWOLUCJA?

Przez wiele lat zdobywanie żywności, a w późniejszym czasie jej produkcja, były najważniejszym zajęciem ludzkości. Dawniej człowiek poświęcał temu prawie całe swoje życie, obecnie zdobywanie pożywienia nie wymaga już takiego zaangażowania czasowego.

Przełomowym momentem w żywieniu było zastosowanie ok. 400.000 lat temu ognia do przygotowywania pożywienia i zapoczątkowanie 9.000 lat temu prymitywnego jeszcze rolnictwa, przetwórstwa, i przechowywania żywności. Zainicjowanie uprawy roślin oraz udomowienie zwierząt miały chyba największy wpływ na ilość spożywanej żywności. W XX w. nastąpiła intensyfikacja produkcji rolniczej, zarówno w świecie roślinnym, jak i zwierzęcym, a ogólna dostępność pożywienia sprawiła, że człowiek zaczął spożywać nadmierne ilości żywności.

Przez wiele wieków zmiany i postęp w zakresie wiedzy o żywieniu były niewielkie, a o sposobie odżywiania decydowało naturalne środowisko, w którym bytował człowiek. Przy wyborze żywności ludzie kierowali się instynktem i bacznie obserwowali swoich „poprzedników”, czyli opierali się na doświadczeniu.

Naukowe potwierdzenie ścisłego związku między żywieniem a rozwojem i stanem zdrowia człowieka spowodowało gwałtowny wzrost znaczenia nauki o żywieniu.

W ostatnich latach zwraca się dużą uwagę na rolę kodu genetycznego i predyspozycji genetycznych człowieka do wykorzystywania poszczególnych związków odżywczych z żywności. Obserwuje się tendencję do indywidualizacji żywienia, na razie polega ona przede wszystkim na modyfikacjach żywieniowych w zależności od wieku, stanu fizjologicznego czy grupy społecznej, ale

duże nadzieje pokłada się w nutrigenomice i nutrigenetyce. Być może już w niedalekiej przyszłości będziemy korzystać z prozdrowotnej żywności funkcjonalnej III generacji, którą stanowić będą produkty o składzie zoptymalizowanym pod kątem indywidualnego odbiorcy, a określonym na podstawie badań genetycznych ustalających możliwość wykorzystania przez niego związków bioaktywnych z żywności oraz jego podatność na choroby uwarunkowane żywieniowo.

Spożywana żywność powinna realizować zapotrzebowanie na określone składniki odżywcze i regulujące. Pierwsza norma była bardzo prosta: sformułowała ją w 1753 r. Admiralicja Brytyjska, ustanawiając, że każdy członek załogi na statkach w czasie długotrwałego rejsu powinien otrzymać codziennie 28 g soku z cytryny w celu zapobiegania skorbutowi. Późniejsze normy nie precyzowały już ilości składników spożywczych, tylko składniki odżywcze (białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy, składniki mineralne). Normy te posłużyły do formułowania zaleceń żywieniowych, przedstawianych najczęściej w formie graficznej w postaci piramidy, koła lub talerza.

Jedną z pierwszych najbardziej znanych piramid opublikował w 1992 roku Amerykański Departament Rolnictwa (USDA). Umieszczone w niej produkty zhierarchizowano następująco: u podstawy znalazły się produkty, które należało spożywać w największych ilościach – im wyżej znajdowały się produkty, tym rzadziej powinno się je spożywać. Pierwsza piramida żywienia została podzielona na 4 części. U podstawy znajdowały się wszystkie produkty zbożowe: pieczywo, zboża, ryż oraz makarony, zalecane w ilości 6–11 porcji na dobę. Na ko-

lejnym poziomie znajdowały się warzywa (3–5 porcji) oraz owoce (2–4 porcji). Wyżej znajdowały się produkty pochodzenia zwierzęcego: produkty mleczne, mięsne oraz ryby, orzechy, suche nasiona roślin strączkowych i jaja. Zarówno produkty nabiałowe, jak i mięsne zalecano spożywać w ilości 2–3 porcji dziennie. Wierzchołek piramidy tworzyły produkty zawierające cukier: słodczyce, słodkie napoje, desery oraz tłuszcze, zarówno zwierzęce jak i roślinne. USDA zalecało, aby spożycie tych produktów było sporadyczne. W piramidzie podkreślono także, że w żywności znajdują się cukry i tłuszcze dodane. Informacja ta została przedstawiona za pomocą trójkątów i kółek naniesionych na piramidę.

Nową piramidę prawidłowego żywienia opracowali dr Walter Willett i jego zespół ze Szkoły Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Harvarda. W tej piramidzie po raz pierwszy został położony nacisk na aktywność fizyczną i kontrolę masy ciała – była to swego rodzaju rewolucja.

Okazało się, że spożycie węglowodanów w ilości i jakości sugerowanej przez piramidę wcześniejszą nie daje rezultatów w postaci normalizacji masy ciała. Aby schudnąć, należy ograniczyć spożycie produktów z oczyszczonej mąki, a więc przede wszystkim białego pieczywa, makaronów i wyrabianych z tej mąki ciast, naleśników, zastępując je produktami pełnoziarnistymi, z mąki żytniej razowej czy pszennej graham. Willett, poza dodaniem nowego poziomu piramidy w postaci aktywności fizycznej, uderzył więc w podstawę starej piramidy pokarmowej. Podzielił on produkty węglowodanowe na „złe” – wypiekane z oczyszczonej mąki, które przeniósł na czubek piramidy, i dobre – pełnoziarniste i mało przetworzone, pozostawiając je u podstawy. Produkty pełnoziarniste są korzystniejsze dla zdrowia, ponieważ zawierają błonnik pokarmowy, witaminy i składniki mineralne, których pozbawione są produkty wypiekane z mąki oczyszczonej. Na ziarnie zbóż trudno jednak „zrobić interes”. Jeśli jednak je spreparować, „nadmuchać”, posłodzić, zapakować w pudełko z kolorowym obrazkiem na wierzchu i zabawką w środku, to da się je dobrze sprzedać. Takie produkty nie są już jednak równoznaczne z nieprzetworzonymi produktami pełnoziarnistymi.

W starej piramidzie po przeciwległej stronie do węglowodanów umieszczono tłuszcze – zajęły one sam wierzchołek wraz z cukrami prostymi, jako element diety, który należy ograniczyć do minimum. Badania wykazały, że tłuszcze zostały potraktowane niesprawiedliwie. Podobnie jak z węglowodanami Willett uczynił z tłuszczami, rozróżniając „dobre” i „złe” tłuszcze. „Dobre” kwasy tłuszczowe to nienasycone kwasy z rodziny n-3, n-6, n-7, n-9. Aby dostarczyć je do organizmu, powinno się spożywać tłuste ryby, orzechy, nasiona, olej rzepakowy i oliwę z oliwek (w ilości ok. 2 łyżek dziennie). I to oliwa z oliwek wraz z innymi tłuszczami roślinnymi zajęła w tej piramidzie miejsce u boku pełnoziarnistego pieczywa, razowych makaronów i nieoczyszczonego ryżu.

W piramidzie Willetta na drugim poziomie znalazły się warzywa i owoce. Warzywa zalecał on jeść w dowolnej ilości, w przypadku owoców zalecane były 2 porcje. Kolejny poziom stanowiły warzywa strączkowe – groch, fasola, bób, soja, soczewica, będące źródłem białka roślinnego, oraz nasiona i orzechy – zawierające białko i „dobre” tłuszcze. Źródłem białka pełnowartościowego są produkty pochodzenia zwierzęcego – mięso, ryby i nabiał. Najlepsze źródła białka to chudy drób, ryby i jajka. I te produkty stanowią kolejny poziom piramidy – dziennie należy wybrać 1–2 porcje.

Na szczycie piramidy znalazło się czerwone mięso wraz z masłem, produkty z mąki oczyszczonej i fast foody.

W 2005 r. utworzona została nowa piramida żywienia – MyPyramid, jako dodatek do przewodnika po żywieniu dla Amerykanów z 2005 r. Pierwszą podstawową zmianą w nowej piramidzie było odwrócenie jej podziału. Do tej pory panował podział pionowy, w MyPyramid dokonano podziału poziomego, nie była to jednak rewolucja w naukach żywieniowych. Obok piramidy pojawiła się postać człowieka wchodzącego po schodach, mająca zachęcić społeczeństwo do aktywności fizycznej. Produkty spożywcze zostały podzielone na 5 grup: produkty zbożowe, warzywa, owoce, nabiał, tłuszcze, mięso i nasiona roślin strączkowych. Dodatkowe informacje, dotyczące poszczególnych grup produktów, zostały opublikowane na rządowej stronie [mypyramid.gov](http://mypyramid.gov).

W przypadku produktów zbożowych należy zwrócić uwagę na podział na produkty pełnoziarniste oraz niepełnoziarniste, a ich spożycie powinno być w stosunku 1:1.

Warzywa przydzielono do osobnej grupy, w obrębie której wydzielono następujące podgrupy warzyw: zielone, pomarańczowe, rośliny strączkowe, skrobiowe oraz inne, które bez względu na podział powinny być spożywane w dość dużych ilościach, niestety USDA nie podaje w jakich.

Jeden z największych promieni stanowiły tłuszcze. Zostały one podzielone na roślinne – m. in. olej rzepakowy, słonecznikowy, sojowy, oliwę oliwek, orzechy oraz zwierzęce – m. in. masło oraz inne tłuszcze zwierzęce.

W zaleceniach dotyczących spożycia produktów mlecznych znajduje się informacja, aby wybierać te o obniżonej zawartości tłuszczu lub bez tłuszczu. Grupa tych produktów została podzielona na: jogurty, mleko, sery oraz desery mleczne.

Kolejną grupą produktów spożywczych były produkty białkowe podzielone na: mięso, drób, jaja, rośliny nasion strączkowych oraz orzechy. W tej grupie zwrócono uwagę na produkty, które zawierają dużo nasyconych kwasów tłuszczowych oraz cholesterolu i których spożycie należy ograniczyć. Podkreślono również, że mięso należy zastępować rybami oraz nasionami roślin strączkowych.

MyPyramid nie zawojowała już świata tak, jak piramida prof. Willetta, zwłaszcza że, w założeniu nowoczesna, była dość mało czytelna.

Równocześnie z MyPyramid została utworzona Harvardzka piramida zdrowego żywienia. Również u jej podstawy pojawiła się aktywność fizyczna i kontrola masy ciała, które mają na celu przybliżyć społeczeństwo do zdrowia. Nad aktywnością fizyczną w piramidzie pojawiły się warzywa, owoce, oleje, oliwa z oliwek, orzechy oraz margaryny wolne od kwasów tłuszczowych trans, a także zboża z pełnego przemiału: brązowy ryż, pełnoziarnisty makaron i pieczywo. Także w tej piramidzie rozdzielono tłuszcze i wybrane umieszczono bliżej podstawy. Wyraźnie wyodrębniono „zdrowe” tłuszcze i oleje, a nie wszystkie ich rodzaje. Piramida ta jednoznacznie rozdziela produkty mięsne na: drób, ryby i jaja oraz czerwone mięso. Te pierwsze znajdują swoje miejsce wśród produktów, które zalecane są do codziennego spożycia. Natomiast mięso czerwone, wraz z masłem, białym pieczywem, makaronem, ryżem oraz ziemniakami, słodkimi napojami, słodzącami i solą znalazły swoje miejsce wśród produktów spożywczych, które nie są zalecane.

Pierwsza polska piramida żywienia powstała na wzór piramidy USDA z 1992 r. Piramidę tę opracowano w Instytucie Żywności i Żywienia. Uwzględniała ona 5 grup produktów: produkty zbożowe, warzywa, owoce, mleko i produkty mleczne, mięso. U podstawy piramidy znalazły się produkty zbożowe, na kolejnym poziomie warzywa z ziemniakami, owoce. U jej wierzchołka zestawiono produkty mleczne oraz produkty mięsne. W piramidzie tej nie uwzględniono olejów roślinnych oraz słodczy.

Aktualna polska piramida żywienia Instytutu Żywności i Żywienia pochodzi z 2009 r., ale wkrótce ma nastąpić jej zmiana. W piramidzie tej po raz pierwszy w Polsce u podstawy wprowadzono aktywność fizyczną. Najważniejszymi produktami spożywczymi w tej piramidzie są produkty zbożowe – bez podziału na pełnoziarniste i niepełnoziarniste. Kolejnymi produktami spożywczymi, które powinny być spożywane często wg Piramidy Żywienia IŻŻ, są warzywa z ziemniakami oraz trochę wyżej – owoce. Produkty mleczne według autorów aktualnej polskiej piramidy powinny być spożywane codziennie: można spożywać różnego rodzaju produkty mleczne: jogurty, sery, mleko itp. Jedną z grup produktów, które znalazły się na górze piramidy, były produkty mięsne. Mięso, według informacji dołączonej do piramidy żywienia na stronie internetowej IŻŻ, powinno być spożywane z umiarem. Wskazanie jest zastępowanie mięsa rybami i roślinami strączkowymi, jednak w piramidzie zarówno mięso, ryby jak i nasiona roślin strączkowych znajdują się na tym samym poziomie. Na wierzchołku piramidy znajduje się olej.

Piramidy żywienia, zarówno amerykańskie jak i polskie, stale ewoluowały, poprzez m. in. dodanie aktywności fizycznej, kontroli masy ciała oraz rozdzielanie pro-

duktów, które do tej pory reprezentowały jedną grupę produktów w piramidzie żywienia, na korzystnie i niekorzystnie wpływające na zdrowie człowieka (np. tłuszcze: zwierzęce i roślinne oraz produkty zbożowe: pełno- i niepełnoziarniste). Proces zmian w polskiej piramidzie przebiegał wolniej niż w piramidach amerykańskich.

Jak widzimy na przykładzie piramidy amerykańskiej, piramidę częściowo tylko postawiono na głowie – tłuszcze roślinne zeszyły z wierzchołka do podstawy, a część produktów węglowodanowych zawędrowała z podstawy na wierzchołek. Niezmiennie ważną pozycję od zawsze zajmują warzywa.

Biorąc pod uwagę zmiany w sposobie żywienia można zauważyć, że rewolucje miały miejsce raczej w początkowych okresach życia człowieka na Ziemi i związane były głównie ze zmianami w produkcji i technologii żywności, ewolucja ma miejsce we współczesności i odzwierciedla stopniowy rozwój nauk żywieniowych. Na pewno rewolucją nie można nazwać chwilowych, choć gwałtownych, mód dotyczących zmiany zachowań żywieniowych i wyborów dokonywanych w zakresie doboru produktów spożywczych.

#### LITERATURA:

1. Całyniuk B., Grochowska-Niedworok E., Białek A., Czech N., Kukiela A.: *Piramida żywienia – wczoraj i dziś*. Probl Hig Epidemiol 2011, 92(1): 20-24
2. *Dietary Guidelines for American 2005*. USDA. <http://www.health.gov>
3. Food Pyramids: *What should you really eat?* The Nutrition Source. Harvard School of Public Health. 2005. <http://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/what-should-you-eat/pyramid-full-story/index.html>
4. Gawęcki J. (red.): *Ewolucja na talerzu*. Wyd. UP w Poznaniu, Poznań
5. Gawęcki J. (red.): *Żywność człowieka. Podstawy nauki o żywieniu*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2010
6. <http://www.cnpp.usda.gov/mypyramid>
7. <http://www.izz.waw.pl/pl/zasady-prawidlowego-zywienia#>
8. Jacobs D.R., Tapsell L.C. *Food, not nutrients, is the fundamental unit in nutrition*. Nutr Rev. 2007 Oct;65(10):439-50.
9. Konarzewski M.: *Na początku był głód*. Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa 2005.
10. Nestle M., Willett W.C., Skerrett P.J.: *Eat, drink and be healthy*. Nowa piramida żywienia według Harvard Medical School. The Harvard Medical School 2006. -456.005. 455-456.
11. United States Department of Agriculture: *The Food Guide Pyramid 1992*. <http://fnic.nal.usda.gov>
12. Willett W.C., Skerrett P.: *Eat, drink and be healthy*. Free Press, NY 2005.
13. Willett W.C., McCullough M.L.: *Dietary pattern analysis for the evaluation of dietary guidelines*. Asia Pac J Clin Nutr. 2008; 17 Suppl 1:75-8.

Dr hab. inż. Joanna SADOWSKA

(przedruk z „Vox Medici” nr 6/15)



# LEKARZ, PACJENT, DWA BRATANKI

Świadczeniodawca zamiast lekarza, świadczeniobiorca zamiast pacjenta, rynek zdrowia zamiast ochrony zdrowia, kontrakt zamiast umowy o pracę z lekarzem, koszyk świadczeń zamiast twardych danych epidemiologicznych, procedury medyczne zamiast badań i zabiegów, nadwykonania zamiast ofiarnego służenia ludziom w chorobie, SOR zamiast izby przyjęć, wypisywanie recept zamiast ich wystawiania, certyfikaty umiejętności zamiast specjalizacji, ekonomizacja i ekonomika zamiast medycyny.

Zdawałoby się, że po kilkunastu latach takiej tresury frazeologicznej system ochrony zdrowia będzie funkcjonował coraz lepiej. Okazuje się, że semantyka niejednego już polityka odarła ze złudzeń i zwyczajnie zapędziła w kozi róg. Różnica między semantyką a polityką polega na tym, że semantyka zajmuje się analizą prawdziwych znaczeń wyrazów. Tymczasem polityka lubuje się w nadawaniu słowom znaczeń dotąd nieznanymi, ale za to skutecznych wytrychów do często pokrętnych teorii. Niestety, musimy z tym żyć.

Rodzimi politycy na froncie wzajemnego wyniszczania się nie oszczędzają również lekarzy. Bo ich po prostu nie lubią, za to, że ci nieustannie kpią z ich ignorancji i braku szacunku. Czasem tylko obie strony puszczają do siebie oko, bo tak im podpowiada *savoir-vivre*. Politycy najchętniej nakręcają kryzys zaufania pacjenta do lekarza, u szczytu którego pacjent przed kamerami będzie, ze łzami w oczach, milionom widzów opowiadał o krzywdzie doznanej właśnie od lekarzy. Najlepiej tyłem do kamery. Z badań CBOS wynika, że co trzeci Polak odczuł na sobie błędy popełnione przez lekarzy. Gdzieś głęboko w nas siedzi skłonność do nazywania wszystkiego, co nam się nie udało, błędem lub winą innych osób. Tymczasem opinie ekspertów lądują w urzędniczych szufladach. Zresztą, deptanie autorytetów pozwoli zaliczyć się do dobrego tonu.

O przedstawieniu polskiej ochrony zdrowia z głowy na nogi, napisano już tysiące publikacji, zużyto tony atramentu i farby drukarskiej. Szkoda tylko, że jak grochem o ścianę! Kto dziś pamięta, że według oryginalnej koncepcji lekarz rodzinny to miał być ktoś, kto będzie w stanie samodzielnie poprowadzić trzy czwarte problemów zdrowotnych pacjentów. Tymczasem stworzono w pośpiechu rzeszę ludzi, od których domagamy się ogromnej wiedzy z wielu specjalności, a odebrano im prawo do stawiania diagnozy i decyzji, jak ma być leczony pacjent. Oni co prawda mogą wystawiać pacjentowi recepty, ale tylko pełnopłatne. Jeżeli mają go leczyć na zniżkę, to już ich wiedza jest niewystarczająca. Pacjent musi mieć świadek od specjalisty. No i tak sobie rosną kolejki.

Kolejne absurdalności niesie samo życie. Po tych pseudoreformach w ciągu minionego ćwierćwiecza, nic porządnie nie funkcjonuje. Szpitale wojewódzkie i powiatowe są nadal bastionami zatrudnienia, a nie leczenia ludzi. Co więcej, mekką dla lokalnych kacyków partyjnych, aby w tych szpitalach na cieplej posadzie umieścić swo-

ją synową lub szwagra. Chory system niechętnie zatrudnia najlepszych lekarzy. Bo są bardzo kosztowni. Raczej się ich zwalnia, a na ich miejsce daje się osobę w trakcie specjalizacji, bo jej można mniej zapłacić.

Rosną zastępy młodzieży lekarskiej, która za chwilę nie będzie miała od kogo się uczyć. Medycyna to również rzemiosło, którego trzeba uczyć się od mistrza. Młody lekarz wiele też może się nauczyć od doświadczonej pielęgniarki. Pod warunkiem, że ta pielęgniarka nie zamieniła już szpitala w Lubartowie czy Łukowie na Uniwersytecki Szpital w Londynie (UCLH), który właśnie potrzebuje „na cito” pięćset osób do pracy w tym zawodzie. Średnie zarobki wynoszą tam 2,3 tys. funtów, ale doświadczone i utalentowane pielęgniarki mogą zarobić nawet więcej, jeśli biegle mówią po angielsku.

Niestety, we wszystkich partyjnych sejfach zabrakło i nadal nie ma gotowych projektów rozporządzeń zmiany na lepsze w opiece zdrowotnej. Za każdym razem, przy zmianie władzy trwa zabawna łapanka na stanowisko ministra zdrowia. Dlaczego? Bo Radziwiłł, Zembala, Balicki, Opala, Maksymowicz, Żochowski czy Sidorowicz – to postacie gotowe raczej na pomnik medycyny, niż urząd, który ma dać 38 milionom mieszkańców Polski gwarancję pomocy w realnym według nich zagrożeniu życia czy zatrwożeniu się o swoje zdrowie. Ministrowie zdrowia zawsze umilali wizerunek nowej władzy, która dziarsko zabierała się do stanowczych działań. Owszem, bywało że cieszyli się środowiskowym i salonnym prestiżem, ale realnymi politycznymi wpływami i możliwościami już prawie nigdy.

Nie odmawiam talentu, poczucia misji ani zawodowej biegłości gabinetowi ministra Radziwiłła, ale podkreślam przez niego samego na każdym kroku apoteoza wytężonej pracy na Miodowej od świtu do północy na mnie bynajmniej jakoś nie robi wrażenia. Słyszę to nieustannie od każdego ministra od co najmniej dwudziestu lat. Przypominam, że dla pacjentki z niedoczynnością tarczycy, oczekującej pół roku na wizytę u endokrynologa, liczą się tylko dokonania ministra, a nie jego górnolotne deklaracje i usprawiedliwienia.

NFZ jako strażnik służby zdrowia tak się zapętlili, że dla niego klęską jest postępowanie zgodnie nie tylko z konstytucją, ale ze zdrowym rozsądkiem i ludzką przyzwoitością.

Koniec końców, dzisiejsze spotkanie świadczeniodawców i świadczeniobiorców, to już często nie to samo co niegdyś wizyta pacjenta u lekarza. Dziś i jutro obie strony muszą się w tym systemie odnaleźć, ale to może okazać się dramatycznie trudne, dopóki za drzwiami tego gabinetu czyha czujna inspekcja NFZ. Dlaczego? Bo to władza w swej pazerności i braku roztropności zrobiła z lekarzy przedsiębiorców, podmioty gospodarcze i świadczeniodawców, a z pacjentów „pesele” i świadczeniobiorców.

Marek STANKIEWICZ

(przedruk z „Medicusa” nr 4/16)

# DOPALACZE – TERRA INCOGNITA

Dopalacze to z mora lekarzy. Skutki ich użycia obserwowują przedstawiciele niemal każdej specjalizacji. Pediatria, internista, kardiolog, toksykolog, psychiatra czy wreszcie lekarz medycyny ratunkowej – każdy z nich spotkał przynajmniej jednego pacjenta znajdującego się pod wpływem takich substancji. Czyli jakich? Mnogość związków chemicznych wchodzących w skład mieszanek, zwanych popularnie „dopalaczami” jest tak ogromna, że często nie jesteśmy w stanie przewidzieć ani skutków użycia, ani, co za tym idzie, zaplanować adekwatnego leczenia. To właściwie „ziemia nieznana”, błądzimy we mgle. Z tego powodu każda konferencja dotycząca tego tematu spotyka się z dużym zainteresowaniem środowiska lekarskiego. Tak jak w przypadku spotkania przygotowanego przez Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej Dzieci, Młodzieży i Rodzin, pod patronatem naszej Izby, które odbyło się 1 grudnia 2015 r. w Parku Naukowo-Technologicznym w Gdańsku. Organizatorzy skupili się jednak nie tylko na kwestiach związanych z używaniem przez młodzież substancji psychoaktywnych. Poruszane były także zagadnienia z psychiatrii i psychologii dziecięcej. Konferencję otworzyła i powitała słuchaczy **dr Małgorzata Dąbrowska-Kaczorek, Prezes PTPiBDMiR**. Wykład otwierający, symultanicznie tłumaczony, na temat zachowań seksualnych i agresywnych u dzieci i młodzieży, wygłosiła **dr Jessica Minnahan**, psychoterapeutka ze Stanów Zjednoczonych. Doktor zwróciła uwagę na fakt, że dzieci powinno się uczyć intymnego języka, oznaczania własnych granic. Następnie pokrótce opisała, z jakimi zachowaniami seksualnymi mogą spotkać się nauczyciele w szkole. Dodała jednocześnie, że problem ten w USA nie jest szeroko rozpowszechniony, ze względu na dużą wagę, jaką się do niego przykładają. Uczeń, który dopuszcza się zachowań seksualnych mogących naruszać bezpieczną granicę innych osób, jest błyskawicznie relegowany ze szkoły. Prelegentka podkreśliła, że zachowania takie mogą wprawdzie dotyczyć wszystkich dzieci, można jednak wyodrębnić grupy, gdzie będą one częściej spotykane. Należą do nich m. in.: dzieci impulsywne, uczniowie ze społecznymi deficytami (z brakiem umiejętności społecznych), uczniowie z traumatyczną przeszłością. Ważne jest natomiast określenie, jakie zachowanie jest normą, jakie już ją przekracza. Do zachowań normatywnych doktor zaliczyła na przykład związane z realizacją zainteresowania przedszkolaków budową własnego ciała. Prelegentka zwróciła również uwagę na potrzebę przeciwdziałania stereotypom, podkreślając znaczenie obserwacji dotyczącej tego, że u większości dzieci, które w przeszłości doznały molestowania seksualnego, nie wystąpiły zachowania seksualne lokowane po-

za normą. Częściej spotkamy je u dzieci z deficytami społecznymi. To dzieci, które przejawiają trudności z niewerbalną regulacją interakcji społecznych, czy te, które nie wykształciły prawidłowych wzorców przetwarzania języka ciała, wyrazu twarzy, tonu głosu. Dzieci potrafią również wykorzystywać tego rodzaju zachowania do zwrócenia uwagi dorosłych na siebie, w myśl zasady „*jeśli dziecko zachowuje się źle, reakcja dorosłego jest natychmiastowa*”. Terapeutka podkreśliła, że przy określaniu granic niezmiennie ważnym elementem jest kwestia zaangażowania w danej relacji. Inna granica będzie w stosunku do przyjaciół (odległość ramienia), a inna w stosunku do obcych (tu zalecana jest odległość dwóch ramion). Na koniec prelegentka przekazała słuchaczom parę praktycznych wskazówek, jak radzić sobie z prowokującymi zachowaniami seksualnymi ze strony dzieci. Większość z nich dotyczyła sytuacji obserwowanych w szkole, z powodzeniem można je jednak zastosować również w innych okolicznościach. Ważna jest natychmiastowa, stanowcza reakcja. Jeśli dziecko zachowuje się prowokująco, powiedz „*czuję się z tym niekomfortowo*” i odejdź. Nie zawstydzaj, nie odbieraj wcześniej przyznanych przywilejów. Istotną umiejętnością jest także skuteczne stawianie żądań. Powinny one być wypowiedziane w neutralnym tonie, nie należy ich formułować w ten sposób, by dziecko mogło je zanegować lub potwierdzić. Żądanie należy wypowiedzieć w sposób jasny, dając czas na jego wykonanie. Warto również zadbać o to, by nasza prośba była rzeczywiście dla dziecka realna do spełnienia.

W następnym wykładzie **dr Artur Kołakowski**, psychiatra i psychoterapeuta z Warszawy, próbował obalić mity i rozwiać obawy związane ze stosowaniem metylofenidatu u młodych pacjentów, chorujących na ADHD. Metylofenidat to podstawowy lek stosowany w tej chorobie. Należy do grupy psychostymulantów. Przez długi czas pokutowała, nawet wśród profesjonalistów, opinia, że jako pochodna amfetaminy, poza działaniem terapeutycznym, wykazuje również silny potencjał uzależniający. Na początku doktor przypomniał słuchaczom obowiązujące kryteria rozpoznawania ADHD oraz przedstawił zmianę sposobu podejścia do terapii pacjentów. Obecnie zakłada się, że ADHD jest chorobą przewlekłą, a podstawowy cel stanowi poprawa funkcjonowania, tak by było ono jak najbardziej zbliżone do funkcjonowania zdrowych rówieśników. Z racji tego, że choroba upośledza wszelkie sfery życia, niezmiennie istotne są, poza farmakoterapią, także inne oddziaływania. Trzeba wspomnieć o psychoedukacji, biblioterapii czy wreszcie psychoterapii (głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym – przyp. aut.). W dalszej części prezentacji dr Kołakowski skupił się na farma-

koterapii. Podkreślił, że leczenie powinno być wdrażane przez specjalistę, który ma już odpowiednie doświadczenie w prowadzeniu takiej grupy pacjentów. Przesłankami sugerującymi wprowadzenie tej formy leczenia są: zaostrzenie objawów ADHD, wyraźne objawy zachowań opozycyjno-buntowniczych czy inne równie wyraźne objawy zaburzeń zachowania. Sam metylofenidat jest pochodną kokainy, czyli substancji zbliżonej do idealnej substancji uzależniającej. Kokaina podana doustnie szybko łączy się z receptorami i układu nagrody (co rozwija zależność), ale też szybko je odblokowuje, co z kolei nasila objawy abstynencyjne. Metylofenidat powoli się odłącza od receptorów (nie rozwija się zespołu abstynencyjnego), a podany doustnie bardzo powoli wiąże się z receptorami (brak uzależnienia). Tym mechanizmem tłumaczy się rozwinięcie efektu terapeutycznego, przy jednoczesnym braku uzależnienia. Co więcej, osoby chorujące na ADHD, a nieleczone, wykazują dwukrotnie większe ryzyko rozwoju uzależnienia od substancji psychoaktywnych.

Po krótkiej przerwie, prowadząca spotkanie dr Małgorzata Dąbrowska-Kaczorek, poruszyła problematykę postępowania z agresywnym pacjentem. Podkreśliła rolę dialogu motywacyjnego jako krótkiej interwencji terapeutycznej, przedstawiając jednocześnie różnicę pomiędzy dialogiem motywacyjnym a terapią dyrektywną.

W kolejnej prezentacji **dr n. med. Iwona Alicja Trzebiatowska**, psychiatra, konsultant oddziału toksykologii, przedstawiła tytułowe zagadnienie konferencji. Na wstępie wyróżniła 2 grupy zatruc dopalaczami. Jako pierwszą scharakteryzowała zatrucia przypadkowe. Te rzadko są skojarzone z konkretnym zaburzeniem psychicznym, objawy psychopatologiczne rozpatruje się jako część objawów intoksykacji. Rzadko również zachodzi konieczność długoterminowego leczenia psychiatrycznego. Kolejną grupą są zatrucia będące wynikiem podjętej próby samobójczej. Takie zachowania rozwijają się zwykle na podłożu choroby psychicznej czy zaburzeń osobowości. Śmiertelność sięga w tym wypadku około 20%. Do substancji psychoaktywnych używanych w celach rekreacyjnych zalicza się m. in.: alkohol, leki nierecepturowe, leki recepturowe (zwycie nasenne i uspokajające), tzw. „klasyczne” narkotyki, „dopalacze” czy wreszcie środki chemiczne bądź roślinne.

Opisując „dopalacze”, doktor podkreśliła, że tak naprawdę mamy do czynienia z niejednorodną grupą związków. Otrzymywane produkty są niestandardowe, a ich skład jest niepowtarzalny, a co za tym idzie, nie istnieją specyficzne antidota na te substancje. W przypadku intoksykacji działamy objawowo.

Do podstawowych objawów psychopatologicznych, w zależności od nasilenia intoksykacji, należą: bezsenność, zaburzenia koncentracji uwagi, stany lękowe, za-

burzenia nastroju, zmieniona wrażliwość sensoryczna. Przy silnym zatruciu możemy mieć do czynienia z: halucynacjami, nasilonym niepokojem, pobudzeniem psychomotorycznym, agresją słowną i fizyczną. Do długoterminowych skutków użycia dopalaczy należy zaliczyć: utrwalone stany lękowe, przewlekłe zaburzenia nastroju, uszkodzenie sfery woli, indukowane psychozy, rozwój uzależnienia. Warto zwrócić uwagę na zachowania mogące sugerować używanie substancji psychoaktywnych (SPA – przyp. aut.). Należą do nich: jakakolwiek zmiana w funkcjonowaniu pacjenta, zmiany nastroju, zmienne zachowanie, wycofanie z kontaktów z rówieśnikami. Leczenie powinno odbywać się w warunkach stacjonarnych. W lecznictwie ambulatoryjnym można leczyć jedynie łagodnie nasilone objawy zatrucia czy abstynencyjne. Z racji braku swoistych odtrutek, stosuje się głównie płynoterapię i, w przypadku pobudzenia pacjenta, leki wyciszające (neuroleptyki, benzodiazepiny). W postępowaniu długoterminowym rozpatruje się leczenie odwykowe, kładąc niebagatelny nacisk na psychoterapię.

**Dr Piotr Kabata** z Zakładu Toksykologii Klinicznej GUMed, przedstawił zgromadzonym krótką charakterystykę toksykologiczną popularnych SPA. Szacuje się, że w Europie ponad 80 mln osób spróbowało przynajmniej raz w życiu jakiejkolwiek SPA. Do najchętniej używanych należą: produkty konopi indyjskich (75,1 mln osób) kokaina (ponad 14 mln osób), amfetamina (ok. 12 mln), MDMA (11,5 mln). Średnia długość życia osoby uzależnionej od narkotyków to 37 lat. Najwięcej zgonów powodują heroina i jej metabolity. W dalszej części wystąpienia prelegent dokonał podziału SPA na poszczególne grupy, takie jak: stymulanty, empatogeny, halucynogeny, środki redukujące, kanabinoidy i pokrótce scharakteryzował każdą grupę, omawiając ze szczególnym uwzględnieniem objawy zatrucia i leczenie.

Konferencja zakończyła się wykładem na temat szkoldliwości palenia tytoniu i marihuany, prowadzonym przez dr n. med. Elżę Wasilewską, pediatrę, alergologa z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Spore zainteresowanie słuchaczy świadczy o potrzebie nieustannego wzbogacania wiedzy na temat substancji psychoaktywnych, w tym głównie „dopalaczy”. I mimo że trudno się oprzeć wrażeniu, że jako grupa zawodowa w tej materii pozostajemy ciągle krok za pomysłowością chemików, warto być na bieżąco. W niedalekiej przyszłości pacjenci pod wpływem różnego rodzaju środków psychoaktywnych będą, zdaje się, „chlebem powszednim” każdego lekarza.

*Wojciech PĄCZEK*

(przedruk z „Pomorskiego Magazynu Lekarskiego” nr 2/16)



## ZAMIESZANIE W DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Zgodnie z obowiązującym prawem za przetwarzanie i przechowywanie dokumentacji medycznej odpowiada podmiot prowadzący działalność leczniczą. Można zatem przyjąć, że on jest jej dysponentem, a jednocześnie odpowiada za bezpieczeństwo informacji w niej zawartych.

Regulacje dotyczące możliwości dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta, oraz wglądu do niej, rozpisane są w różnych aktach prawnych. Jednostkowe analizowanie poszczególnych zapisów prawa powoduje szereg wątpliwości i nieprawdziwych interpretacji.

Zacznijmy od początku – dokumentację medyczną sporządza personel medyczny udzielający świadczenia. Mówimy tu o osobach posiadających zawód medyczny, a dokonujących wpisów w związku z udzielaniem świadczenia. W tym miejscu trzeba zwrócić uwagę, że nie wszyscy terapeuci są określani w przepisach jako zawody medyczne. Między innymi nie należą do nich psychoterapeuci, czy masażyści. Warto przypomnieć, że ci ostatni udzielają świadczeń finansowanych ze środków publicznych (np. w ramach rehabilitacji) i wymagany jest przez NFZ prowadzenie dokumentacji medycznej w zakresie wykonywanych zabiegów.

Udział w tworzeniu dokumentacji medycznej mają również sekretarki medyczne. Niejednokrotnie, to właśnie one zakładają historię choroby wpisując dane personalne chorego, a w trakcie tworzenia kolejnych dokumentów zajmują się ich porządkowaniem, oznaczaniem numeracji stron, a czasem nawet przypisywaniem odpowiednich kodów rozpoznania czy procedur do opisanego przez terapeutę postępowania. Zgodnie z Ustawą o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (z późn. zmianami), wgląd do dokumentacji medycznej mają wyłącznie osoby posiadające zawód medyczny. W większości placówek przetwarzaniem dokumentacji medycznej, weryfikowaniem prawidłowości rozliczenia, zajmują się służby administracyjne. Pracownicy działów rozliczeń często muszą przeczytać przebieg historii choroby aby zweryfikować – a często nawet ustalić – rodzaj świadczenia, jakie ma być rozliczone z płatnikiem.

I tu pojawia się kolejny obszar regulacji – dostęp do dokumentacji medycznej oprócz medyków mają również sami pacjenci.

W art. 27 Ustawy o Prawach Pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta określono sposób jej udostępniania. O ile oczywistym jest wydawanie kopii i odpisów, o tyle wątpliwości świadczeniodawców budzi udostępnienie

oryginału. Ustawa określa, iż podmiot leczniczy ma obowiązek wydania go z zastrzeżeniem zwrotu po wykorzystaniu. Zatem pacjent może dokonać wyboru formy udostępnienia. W przypadku żądania wydania kopii, podmiot może za tę czynność pobrać opłatę określoną co do maksymalnej wysokości. Rodzi się jednak pytanie: po co pacjent ma płacić za kopie dokumentów, skoro może „wypożyczyć” całość oryginału? Wobec braku regresu w przypadku niedotrzymania zobowiązania zwrotu, dokumentację można uzyskać nieodpłatnie. Dodatkowo podmiot leczniczy, dla zabezpieczenia się na wypadek kontroli NFZ, czy postępowań cywilno-prawnych musi wykonać sobie kopię całości dokumentacji jednocześnie pokrywając koszt tej operacji ze środków własnych. Bywa, że część historii choroby nie daje się kopiować powszechnie stosowanymi technikami (często jeszcze w dokumentacji znajdują się klisze RTG).

Obecnie materiał informacji związanych z leczeniem chorego występuje pod wieloma postaciami. Od papierowych, przez preparaty histopatologiczne, aż do elektronicznych stikerów. Dodatkowo dochodzi cały zakres dokumentacji elektronicznej, a w tym tej, która nie jest prowadzona w wersji papierowej. Znowelizowanie Ustawy o systemach informacyjnych w ochronie zdrowia skutkowało nie tylko przesunięciem obowiązku prowadzenia dokumentacji elektronicznej. Dało możliwość wyboru prowadzenia jej elektronicznie lub papierowo. Najnowsze zmiany wprowadzone tzw. pakietem kolejowym nakazują prowadzenie list oczekujących w wersji elektronicznej. Dodatkowo w nowelizacji czytamy, iż lista oczekujących stanowić ma integralną część dokumentacji medycznej. Zatem jeśli mam wersję papierową, to elektroniczną wersję integruję.... no w sumie sam nie wiem jak. Chyba znów papierowo?

Na powyższe zamieszczenie w zasadach prowadzenia dokumentacji medycznej nakłada się jeszcze sposób jej prowadzenia przez medyka. Szereg obostrzeń zawiera Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania. Większość obostrzeń z niego wynikających dotyczy tworzących dokumentację, np. lekarzy. Obok takich zapisów jak obowiązek czytelnych wpisów czy oznaczania każdej adnotacji odpowiednim podpisem i identyfikacją, rozporządzenie nakłada konieczność numerowania wszystkich stron w porządku chronologicznym. Wychodząc z założenia, iż tylko przedstawiciele zawodów medycznych mają wgląd w dokumentację i prawo dokonywania w niej wpisów, już sobie wyobra-

zam rzeszę lekarzy numerujących strony i spinających historię choroby w jedną całość. Dodać do tego należy konieczność przyjęcia wymaganych prawem oświadczeń chorego (jako świadome zgody z zachowaniem procedury poinformowania o treści oświadczenia), wpisania rozpoznania zgodnie z międzynarodową klasyfikacją ICD-10, dochodzimy do wniosku, że większość czasu pracy terapeuci poświęcić muszą tworzeniu dokumentacji pacjenta. Wszak służyć ma ona nie tylko jemu, ale również innym terapeutom, którzy będą leczyć chorego. Niejednokrotnie posłuży kontrolerowi z NFZ, który z powo-

du braku pieczętki czy numeracji strony wymierzy karę w wysokości do 1% wartości kontraktu za nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej. Prawo dotyczące kar nakładanych przez NFZ jest bardzo jasne co do wysokości skutków kontroli, a pole tak szerokie, jak szerokie nieścisłości i odległość prawa regulującego dokumentację medyczną od życia.

Rafał Piotr JANISZEWSKI  
Kancelaria Doradcza

(specjalnie dla Biuletynu Opolskiej Izby Lekarskiej)

## CZY LECI Z NAMI LEKARZ?

### Czyli o lekarskim obowiązku niesienia pomocy

Pytanie to, z którym najczęściej możemy się spotkać w różnego rodzaju produkcjach filmowych, w realnym świecie pada częściej, niż by się to mogło wydawać. Gdy uświadomimy sobie, że o dowolnej porze dnia czy nocy w powietrzu znajduje się jednocześnie około 10.000 samolotów, a same tylko polskie porty lotnicze obsłużyły w ostatnim roku około 30 milionów pasażerów, okazuje się, że kwestią czasu jest wystąpienie sytuacji, w której lekarz znajdujący się w podróży usłyszy wołanie o pomoc. Warto zatem odpowiedzieć sobie zawczasu na pytanie – jakie skutki prawne się z taką sytuacją wiążą i jakich ewentualnych konsekwencji swoich działań lub zaniechań lekarz może oczekiwać. Rozważania niniejszego artykułu będą miały zatem zastosowanie do przypadków, w których lekarz staje wobec konieczności udzielenia pomocy medycznej poza miejscem, w którym zawodowo trudni się udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

### Prawne podstawy obowiązku niesienia pomocy

Nakaz niesienia pomocy ma charakter powszechny, tj. dotyczy on każdego człowieka, bez względu na zakres posiadanej wiedzy czy kwalifikacji zawodowych. Co istotne, jego źródłem są nie tylko normy moralne i głos sumienia, lecz także określone regulacje prawne. Szczególnego wymiaru obowiązek ten nabiera w odniesieniu do osób wykonujących zawód lekarza, jako że przedstawiciele tej grupy zawodowej, z uwagi na posiadaną wiedzę, umiejętności i doświadczenie zawodowe, są osobami najbardziej kompetentnymi w zakresie niesienia pomocy medycznej. Z tego też zresztą powodu w polskim systemie prawnym obowiązują szczególne regulacje w tym zakresie.

Obowiązek niesienia pomocy lekarskiej spoczywa na każdym lekarzu i to bez względu na to, czy jest on aktualnie w trakcie swojej pracy, po godzinach pracy, w trakcie urlopu itd. Obowiązek ten wynika po pierwsze z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, a po drugie z zasad etyki i deontologii lekarskiej. Rozpatru-

jąc zatem tematykę poruszaną niniejszym artykułem, należy mieć na uwadze zarówno system norm prawnych, jak i system norm etycznych.

Zgodnie z przepisem art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm. – dalej jako uzl) lekarz ma obowiązek wykonywać zawód, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością. Takie ukształtowanie przez ustawodawcę zakresu powinności lekarza pozwala na ewentualne przypisanie mu odpowiedzialności w sytuacji postępowania wbrew postanowieniom Kodeksu Etyki Lekarskiej (dalej jako KEL). Rozpoczynając zatem analizę tematu od zasad etyki i deontologii lekarskiej na uwagę zasługują chociażby stosowne fragmenty Przysiężenia Lekarskiego, w myśl których każdy lekarz je składający zobowiązuje się służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu, a nadto nieść pomoc chorym bez żadnych różnic. Następnie w art. 2 KEL czytamy, że powołaniem lekarza jest ochrona życia i zdrowia ludzkiego, zapobieganie chorobom, leczenie chorych oraz niesienie ulgi w cierpieniu, zaś jego najwyższym nakazem etycznym – dobro chorego (*Salus aegroti suprema lex esto*). W szczególnie uzasadnionych wypadkach lekarz może nie podjąć się lub odstąpić od leczenia chorego, z wyjątkiem przypadków nie cierpiących zwłoki (art. 7 KEL). Zgodnie natomiast z art. 69 KEL lekarz nie może odmówić pomocy lekarskiej w przypadkach nie cierpiących zwłoki, jeśli pacjent nie ma możliwości uzyskania jej ze strony instytucji powołanych do udzielania pomocy.

Jeśli natomiast idzie o regulacje prawa powszechnie obowiązującego, to w pierwszej kolejności należy odwołać się do art. 30 uzl, który określa, że lekarz ma obowiązek udzielać pomocy lekarskiej w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodze-



nia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki. Przepis ten niewątpliwie stanowi źródło bezwzględneho obowiązku lekarza udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej w sytuacji gdy stan pacjenta jest tego rodzaju, że zagraża jego życiu lub zdrowiu.

Obowiązek udzielenia pomocy wynika także z przepisów prawa karnego. Rozpatrując konieczność udzielenia pomocy lekarskiej, na potrzeby niniejszego artykułu, zakładamy sytuację, w której konieczne jest podjęcie określonych czynności względem osoby trzeciej, co do której lekarz nie ma żadnego szczególnego obowiązku troszczenia się o jej stan zdrowia (a który to obowiązek mógłby wynikać np. z umowy zawartej z pacjentem czy z tytułu wykonywania przez lekarza czynności służbowych w podmiocie leczniczym). W takiej zatem sytuacji istotny jest przepis art. 162 ustawy z 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 z późn. zm. – dalej jako kk), zgodnie z którym kto człowiekowi znajdującemu się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu nie udziela pomocy, mogąc jej udzielić bez narażenia siebie lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3 (§1). Nie popełnia przestępstwa, kto nie udziela pomocy, do której jest konieczne poddanie się zabiegowi lekarskiemu albo w warunkach, w których możliwa jest niezwłoczna pomoc ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (§2).

### **Charakter obowiązku niesienia pomocy**

Jak to zostało wyżej wskazane, podstawowym przepisem wprowadzającym obowiązek lekarza do udzielenia pomocy lekarskiej jest przepis art. 30 uzl. Określa on bowiem trzy sytuacje, w których po stronie lekarza aktualizuje się obowiązek udzielenia pomocy medycznej:

- w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia,
- gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować niebezpieczeństwo ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia,
- w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Jest to w rzeczywistości bardzo szeroki zakres przypadków, w których lekarz zobowiązany jest do udzielenia pomocy lekarskiej. Jeśli idzie o pierwsze dwa przypadki, to należy je rozumieć podobnie jak stan nagłego zagrożenia zdrowotnego w rozumieniu ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 z późn. zm.), a więc stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie

ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Trzeci przypadek natomiast jest bardzo ogólny (ustawodawca nie doprecyzował, o jakie przypadki niecierpiące zwłoki tutaj chodzi) i jest rozumiany jako wymóg udzielenia pomocy lekarskiej zawsze wtedy, gdy opóźnienie tej czynności może pacjentowi zaszkodzić i w konsekwencji doprowadzić do negatywnych skutków dla zdrowia – choć nie tak poważnych, jak ciężkie uszkodzenia ciała lub ciężki rozstrój zdrowia. Sama przyczyna i okoliczności wystąpienia określonego zagrożenia nie mają przy tym żadnego znaczenia dla aktualizacji obowiązku niesienia pomocy przez lekarza. Może więc chodzić zarówno o zdarzenia nagłe (np. wypadek), jak i wynik przewlekłej choroby, a więc o stan, który trwa już jakiś określony czas. Bez znaczenia jest także, czy potrzeba udzielenia pomocy jest wynikiem działania czynników zewnętrznych (zranienie w wyniku działania sił przyrody), działań innych ludzi (np. uszkodzenie ciała w wyniku pobicia) czy działań osoby potrzebującej pomocy (np. targnięcie się na własne życie).

Konsekwencją tak określonego zakresu obowiązku niesienia pomocy medycznej jest absolutny wymóg określenia stanu osoby wymagającej pomocy. Lekarz, który jest zatem świadomy choćby potencjalnego zagrożenia dla życia lub zdrowia innej osoby, zobowiązany jest pospieszyć z pomocą bez uprzedniego wezwania. Dopiero bowiem jego własna ocena stanu zdrowia osoby potrzebującej pomocy pozwoli na określenie, czy ma do czynienia z obowiązkiem świadczenia pomocy. Jeśli sam nie jest w stanie zbadać osoby, może określić jej stan z pomocą innych osób.

Aby można było w ogóle mówić o obowiązku udzielenia pomocy lekarskiej, konieczne jest wystąpienie realnej możliwości bezzwłocznego jej udzielenia. Oznacza to, że takiej pomocy można wymagać od lekarza, który znajduje się akurat w tym samym miejscu i czasie co potrzebujący pomocy. Warunek ten spełniony zatem będzie np. w sytuacji, gdy lekarz podróżować będzie samolotem, na pokładzie którego znajdować się będzie również i osoba wymagająca pomocy. Sytuacja ta tyczyć się będzie także kina, teatru, ulicy, jak i innych miejsc, w których lekarz i potrzebujący pomocy znajdować się będą w bezpośredniej bliskości. Nie można jednak żądać od lekarza odbycia dłuższej podróży do osoby potrzebującej pomocy ani też czekania na nią przez dłuższy okres czasu w celu udzielenia jej pomocy lekarskiej. W takiej sytuacji za wystarczające uznać należy samodzielne wezwanie pomocy dla poszkodowanego lub wskazanie mu innego sposobu uzyskania właściwej pomocy medycznej.

Zakładając zatem, że wystąpiła nagła sytuacja uzasadniająca udzielenie natychmiastowej pomocy lekarskiej, należy zadać sobie pytanie – do czego właściwie zobowiązany jest lekarz? Chodzić tu będzie o pomoc o cha-

rakterze doraźnym, czynności, które dla dobra pacjenta należy podjąć bezzwłocznie. Mogą one polegać m. in. na podaniu leków, jeśli takie są akurat w posiadaniu lekarza, na opatrzeniu ran, przeprowadzeniu resuscytacji, zatamowaniu krwawienia, czy odpowiednim ułożeniu poszkodowanego (wszystko zależy zatem będzie od okoliczności danego przypadku oraz od możliwości i środków, którymi dysponuje w danej chwili lekarz). Podczas udzielania doraźnej pomocy lekarz nie dysponujący właściwym sprzętem, narzędziami czy dostateczną wiedzą może zatem stanąć przed dylematem – czy czekać na profesjonalną pomoc, czy też podjąć się udzielenia pomocy o gorszej jakości? Na to pytanie trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi. Każda tego rodzaju sytuacja musi być oceniana indywidualnie przy uwzględnieniu aktualnego stanu zdrowia poszkodowanego, jak i okoliczności towarzyszących. Można natomiast przyjąć, że w pierwszej kolejności należy stosować się do naczelnej zasady etycznej w medycynie *primum non nocere*, czyli po pierwsze nie szkodzić. Jeżeli zaś występuje znaczne ryzyko wystąpienia nieodwracalnych negatywnych skutków w zdrowiu lub zagrożenie życia, należy podjąć takie działania, jakie są w danej sytuacji realnie możliwe. Należy przy tym także pamiętać, że w pierwszej kolejności ratuje się życie, a w drugiej zdrowie.

Jednocześnie jednak trzeba być świadomym tego, że nawet w tak wyjątkowych sytuacjach pacjent może zarzucić lekarzowi błąd medyczny i domagać się od niego odszkodowania. W takim wypadku zachowanie lekarza winno jednak być oceniane przez pryzmat szczególnych okoliczności, jakim musiał stawić czoła, i wyjątkowego charakteru sytuacji. Przyjmuje się, że w tego rodzaju okolicznościach zachowanie lekarza ocenia się nie według najwyższych czy chociażby przeciętnych standardów zachowania, lecz przy uwzględnieniu standardu optymalnego zachowania, wyznaczonego okolicznościami konkretnej sytuacji.

### Pomoc pod wpływem?

Potencjalnie może się zdarzyć, że w sytuacji wystąpienia nieoczekiwanej potrzeby udzielenia pomocy lekarskiej lekarz będący w bezpośrednim zasięgu potrzebującego nie będzie w stanie takowej pomocy udzielić. Można sobie przecież wyobrazić sytuację, że lekarz obecny na miejscu wypadku, czy w samolocie, w którym akurat ktoś potrzebuje pomocy lekarskiej, będzie akurat chory czy niedysponowany z racji spożycia alkoholu. Przyczyny uniemożliwiające udzielenie pomocy, o których mowa powyżej, nie są przy tym istotne w sytuacji gdy mamy do czynienia z lekarzem, który w danej chwili nie miał prawnego obowiązku sprawowania opieki nad pacjentem, np. z uwagi na przebywanie na urlopie. Nikt przecież nie kwestionuje prawa lekarza do spożycia alkoholu na pokładzie samolotu, którym udaje się na wypoczynek. Pada jednak w tym kontekście py-

tanie, jak się zachować w sytuacji takiej niedyspozycji, gdy okazuje się, że akurat jakaś inna osoba wymaga pomocy lekarskiej, zaś w pobliżu nie ma innego lekarza, który byłby w stanie owej pomocy udzielić.

Chociaż przepis art. 30 uzl. nie określa tego wprost, przyjmuje się, że lekarz nie może odpowiadać za zaniechanie pomocy, gdy nie jest obiektywnie w stanie tego uczynić z uwagi na swój aktualny stan psychofizyczny (brak zdolności fizycznych lub zdolności psychicznej do udzielenia pomocy). Wątpliwości mogą wystąpić, gdy lekarz podejmie się lub zaniecha udzielenia pomocy będąc „na lekkim rauszu”. Zgodzić się należy z poglądem, że sam fakt spożycia alkoholu (np. jego niewielkiej ilości) nie zwalnia z obowiązku niesienia pomocy. Odpowiedź na pytanie, co robić w takiej sytuacji, zależy natomiast od okoliczności konkretnego przypadku. Rozsądnym wyjściem byłoby wówczas dokonanie przez lekarza oceny, czy przystąpienie przez niego do udzielenia pomocy w takim stanie nie stanowi zagrożenia dla potrzebującego. Należy zwrócić uwagę, że pierwsza pomoc często sprowadza się do czynności względnie prostych do wykonania dla lekarza, który z racji swojej wiedzy i doświadczenia udzieli jej w sposób bardziej profesjonalny i skuteczny niż osoba postronna.

Inną okolicznością uzasadniającą zaniechanie pomocy może być również wystąpienie tzw. kolizji obowiązków. Mamy z nią do czynienia w sytuacji, gdy lekarz udzielający pomocy jednej osobie nie jest fizycznie w stanie jednocześnie udzielić jej innemu poszkodowanemu. Może to mieć miejsce np. w sytuacji wypadku drogowego, gdzie obrażenia odniosło kilka osób wymagających pomocy w tym samym czasie i w takim samym stopniu. Jeśli niemożliwe jest zastosowanie segregacji medycznej, siłą rzeczy pomoc lekarza będzie musiała skupić się na jednej osobie, lub określonej części osób wymagających pomocy lekarza.

### Odpowiedzialność karna

Przepis art. 162 k.k. wprowadza nakaz niesienia pomocy każdemu, kto znajduje się w bezpośrednim niebezpieczeństwie utraty życia albo doznania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu. Jako tzw. przestępstwo umyślne dotyczy ono sytuacji, w której sprawca ma choćby świadomość tego, że ktoś znajduje się w sytuacji zagrożenia. Lekarz powinien spieszyć z pomocą zawsze, gdy jest świadom niebezpieczeństwa dla życia innej osoby, nie czekając na wezwanie pomocy. Obowiązek ten – z punktu widzenia odpowiedzialności karnej – nie jest jednak absolutny.

Przepis art. 162 § 1 i 2 kk przewiduje trzy kategorie sytuacji, w których zaniechanie udzielenia pomocy nie pociąga za sobą odpowiedzialności karnej. Są to:

- narażenie osoby zobowiązanej do udzielenia pomocy lub innej osoby na niebezpieczeństwo utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu,

- konieczność poddania się zabiegowi lekarskiemu,
- istnienie możliwości udzielenia niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej (np. służb medycznych).

W razie ujawnienia się potrzeby udzielenia pomocy wystąpienie którejkolwiek z wyżej wymienionych okoliczności będzie prowadzić do uwolnienia lekarza od odpowiedzialności karnej.

Pierwszy z przytoczonych przypadków wiąże się z założeniem, że nie można wymagać od lekarza czynów bohaterских. Jeśli zatem w danej sytuacji udzielenie pomocy wiązać się będzie z realnym niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu, można będzie odstąpić od podjęcia działań. Nie dotyczy to jednak sytuacji, w której zagrożenie obejmuje odniesienie lekkich obrażeń lub też wiąże się ono tylko ze szkodą dla mienia. Oczywiście wystąpienie tego rodzaju zagrożeń będzie każdorazowo oceną subiektywną podejmowaną z własnego punktu widzenia.

Drugi typ okoliczności uwalniających od odpowiedzialności to konieczność poddania się zabiegowi lekarskiemu, przy czym według głosu większości przedstawicieli nauki prawa konieczność tę odnosimy zarówno do udzielającego pomocy, jak i do osoby, której pomoc jest udzielana. Jeśli więc udzielenie pomocy wymagałoby poddania się zabiegowi przez interweniującego lekarza (np. konieczność oddania krwi), to nie podlega on odpowiedzialności karnej za powstrzymanie się od takiej pomocy. Druga kategoria – czyli konieczność poddania się zabiegowi przez chorego – dotyczy przede wszystkim osób, które nie są uprawnione do wykonania zabiegu. W sytuacji, w której pomocy udziela lekarz, jako osoba uprawniona do wykonania zabiegu, jest on zobligowany do jego przeprowadzenia, o ile zwłoka w udzieleniu pomocy mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz w innych przypadkach niecierpiących zwłoki.

Trzeci przypadek wyłączenia odpowiedzialności karnej występuje, gdy zachodzi możliwość, niezwłocznej pomocy ze strony instytucji lub osoby do tego powołanej. Nie chodzi tu jednak o możliwość hipotetyczną, lecz taką, która jest realna, gdy mamy pewność, że pomoc zostanie udzielona. Nie wolno zatem ograniczyć się do założenia, że pomoc została wezwana, lecz należy upewnić się co do tego oraz ustalić, kiedy taka pomoc realnie nadejdzie. Istotny jest przy tym walor „niezwłoczności”, jako warunek zaniechania niesienia pomocy. Jeśli do zda-

rzenia powodującego konieczność udzielenia pomocy dochodzi w środku komunikacji takim jak samolot, gdy siłą rzeczy możliwość nawet awaryjnego lądowania na najbliższym lotnisku może być ograniczona, to nie będzie można powołać się na możliwość udzielenia pomocy ze strony odpowiednich służb. Inaczej sytuacja będzie wyglądać w przypadku niesienia pomocy w miejscu, do którego we względnie szybkim czasie będzie mogła dojechać karetka (np. możliwość wezwania karetki na najbliższą stację, do której dojeżdża pociąg).


## Lot? Aeroflot? Air China?

W końcu należy zwrócić uwagę na jeszcze jedną istotną sprawę. Otóż opisane wyżej zasady i regulacje prawne odnoszące się do obowiązku niesienia pomocy przez lekarza ograniczają się do terytorium Polski. Sytuacja przebywania w podróży lotniczej lub morskiej jest już o wiele bardziej skomplikowana. W powszechnym rozumieniu przyjmuje się, że terytorium Polski rozciąga się także na statki wodne i powietrzne, co jest jednak daleko idącym uproszczeniem. Niestety, ale ilość i złożoność regulacji prawnych krajów obcych oraz umów międzynarodowych powoduje, że nie sposób jest ustalić jednej, powszechnej zasady – jakie prawo stosować w danym przypadku. Niekiedy to, czy stosujemy prawo polskie, czy zagraniczne, będzie zależeć od wielu czynników: bandery statku, od tego gdzie jest on zarejestrowany, od tego czy to statek cywilny, czy państwowy, od trasy podróży i miejsca, w którym się statek akurat znajduje (nad Polską, nad terytorium innego państwa), jak i wreszcie od tego, czy mówimy o odpowiedzialności karnej, czy cywilnej. Ocena tych okoliczności musiałaby być dokonywana odrębnie dla każdego przypadku z osobna. Stąd też należy zastrzec, że gdy tylko lekarz znajduje się w podróży lotniczej lub morskiej, często nie będzie wiedział, czy obowiązują go regulacje polskie. Stąd też w każdej takiej sytuacji należy stwierdzić, że powinien on kierować się regułami etycznymi i głosem sumienia. O ile bowiem znajdując się w podróży, opisane zasady polskiej odpowiedzialności karnej czy cywilnej mogą nie obowiązywać, to zawsze lekarz jest związany zapisami Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz złożonym Przysiężeniem Lekarskim. I w tym sensie niewątpliwie uznać należy, że powinien on pomoc nieść zawsze, gdy jest w stanie.

*Mec. Katarzyna BEDNAREK*


(przedruk z „Vox Medici” nr 2/16)






**Anestezjologia**

**NOWE  
CENY**




T.1 420,00 zł - 323,10 zł  
T.2 440,00 zł - 341,10 zł  
T.3 480,00 zł - 359,10 zł

[sprawdź](#)




130,00 zł - 89,10 zł

[sprawdź](#)




90,00 zł - 71,10 zł

[sprawdź](#)



450,00 zł - 107,10 zł

[sprawdź](#)



220,00 zł - 134,10 zł

[sprawdź](#)

Promocja trwa do 31 maja 2016 r. i dotyczy tylko klientów indywidualnych odwiedzających [www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)  
Edra Urban & Partner Sp. z o.o. ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław



**Okulistyka**

**NOWE  
CENY**



120,00 zł - 80,10 zł

[sprawdź](#)



80,00 zł - 62,10 zł

[sprawdź](#)



100,00 zł - 134,10 zł

[sprawdź](#)



100,00 zł - 89,10 zł

[sprawdź](#)



160,00 zł - 116,10 zł

[sprawdź](#)



180,00 zł - 89,10 zł

[sprawdź](#)

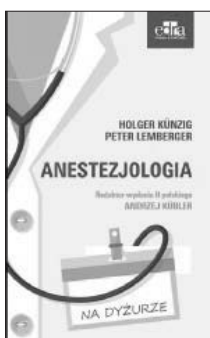


90,00 zł - 71,10 zł

[sprawdź](#)

Promocja trwa do 31 maja 2016 r. i dotyczy klientów indywidualnych odwiedzających [www.edraurban.pl](http://www.edraurban.pl)  
Edra Urban & Partner Sp. z o.o. ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

**Edra Urban & Partner Sp. z o.o.**  
50-011 Wrocław, ul. Kościuszki 29  
Zamówienia:  
[ksiegarnia@edraurban.pl](mailto:ksiegarnia@edraurban.pl)  
tel.: 42/680-44-09, fax:  
42/680-44-86



**Anestezjologia. Na dyżurze**  
H. Künzig, P. Lemberger;  
wyd. II, red. A. Kübler; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-41-0, format: 105 x 185, opr. broszurowa (spiralna), 169 stron, cena: 39.60 zł (88 EUP pkt);  
Nagły dopływ informacji, nowych czy zapomnianych, może okazać się potrzebny właśnie w sytuacji nagłej, czyli na dyżurze. Stąd też tytuł polskiego przekładu: *Anestezjologia. Na dyżurze*. Jej mocną stroną jest wiele

praktycznych informacji. Zawarto w niej zalecenia i wytyczne, dane liczbowe, wartości prawidłowe i graniczne, co ucieka często z pamięci, a staje się potrzebne w nieprzewidywalnych okolicznościach.

Książka ta została wydana po raz pierwszy 10 lat temu. Po przetłumaczeniu na język polski cieszyła się bardzo dużym powodzeniem. Obecnie została poddana gruntownemu przeglądowi oraz aktualizacji. Mamy nadzieję, że w pilnej potrzebie posłuży kolejnym pokoleniom polskich anestezjologów.

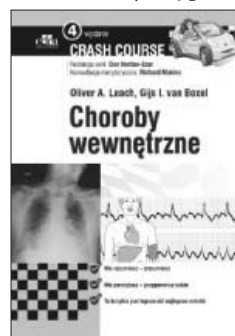
\* \* \*

**Choroby wewnętrzne Crash Course**; O.A. Leach, G.I. van Boxel; wyd. IV; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-55-7, format: 175 x 252, opr. broszurowa, 505 str., cena: 73.80 zł (164 EUP pkt)

Najważniejsze cechy:

Ponad 400 rycin, tabel i ramek prezentujących praktyczne informacje kliniczne ułatwia przyswajanie wiedzy

Przejrzyste i przystępne ujęcie przedstawianych tematów sprawia, że nauka staje się prosta



Autorzy – młodzi lekarze praktycy – przekazują studentom swoją wiedzę, rozumiejąc warunki stresu przed egzaminem

Zestawienia porad i wskazówek skutecznie pomagają zapamiętać przydatne informacje

Zwięzłe przedstawienie omawianych zagadnień sprzyja koncentracji na najważniejszych aspektach i efektywnemu wykorzystaniu czasu przed egzaminem

Uaktualniona część sprawdzająca wiedzę pozwala zweryfikować przyswojony materiał

i wyposaża w umiejętności niezbędne podczas egzaminów

W nowym wydaniu:

W pełni zaktualizowana część sprawdzająca wiedzę uwzględnia bieżące wymagania egzaminacyjne

Specjaliści doradzają, jak uniknąć najważniejszych pułapek egzaminacyjnych

\* \* \*



**Dieta z sukcesem. Simple glyx. Przyjazny indeks glikemiczny**

M. Grillparzer, rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-31-1, format: 169 x 233, opr. broszurowa, 160 stron, cena: 39.60 zł (88 EUP pkt)

Słyszałeś już cokolwiek na temat SIMPLE GLYX – diecie o niskim indeksie glikemicznym? Już ponad 1,5 miliona osób sięgnęło po książki Marion Grillparzers o diecie opartej na niskim indeksie glikemicznym

SIMPLE GLYX to dieta zalecana przez lekarzy, ponieważ już w ciągu 4 tygodni poprawia samopoczucie, stan zdrowia i wyniki badań krwi. To dieta, która tak naprawdę nie jest dietą, ale zmianą stylu życia..

Dieta SIMPLE-GLYX jest...

Dla każdego: potrawy niskoglikemiczne smakują i młodym i starszym. Kobiety i mężczyznom. Osobom żyjącym samotnie i w związkach. Szczupłym i grubym. Wegetarianom i mięsożercom. Także program aktywności ruchowej jest dla każdego.

Dziecinnie łatwa: dieta oparta o IG to wiedza z 30 lat doświadczeń, pełna prostych reguł, życiowych przepisów na zdrowie, odrobiny motywacji sprowadzonych do prostego systemu kolorów światła drogowych.

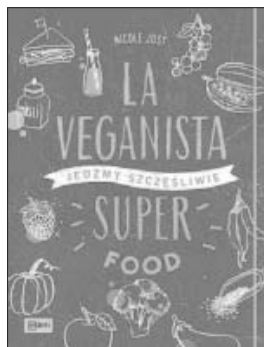
Polecana przez lekarzy: chroni serce, zapobiega cukrzycy, utrzymuje sprawność umysłu, uwzględnia problem nietolerancji pokarmowej i hamuje rozwój stanów zapalnych w organizmie.

Dietą na całe życie: czujemy, że jesteśmy w formie, rozbudzeni, radośni, zdrowi... i pozostajemy przy tej diecie, czasem bardziej, czasem mniej ściśle.

Urozmaicona: nic nie jest zakazane. Przepisy są różnorodne – każdy znajdzie coś dla siebie. Od przekąsek jedzonych palcami (finger food) aż do potraw „jesz, ile chcesz”. Dla wegan i mięsożerców.

Dietą pobudzającą metabolizm: jedząc mądrze wpływamy na naszą przemianę materii, więc chudnięcie staje się proste. Spożywając produkty o niskim indeksie glikemicznym regulujemy stężenie glukozy we krwi. A dzięki spożywaniu białka i niezbędnych kwasów tłuszczowych zwiększamy swoją termogenezę: kalorie uciekają przez skórę w postaci ciepła.

\*\*\*



### La Veganista. Superfood

N. Just; seria: Jedzmy szczerliwie; 2016; ISBN: 978-83-65373-67-0, format: 187 x 247, oprawa twarda, 192 strony, cena: 43.19 zł (108 EUP pkt)

Najlepsze wegańskie przepisy na bazie zdrowej, bogatej w składniki odżywcze żywności, pochodzącej prosto z natury – bez jakichkolwiek egzotycznych dodatków. Co mają wspólnego shake wanioliwo-owsiany, sałatka z soczewicy z grzankami warzywnymi i kapusta spiczasta z pikantnym sosem orzechowym? Brzmi zachęcająco, nieprawdą? Dodatkowo wszystkie te dania są ródkiem superżywności, mającej zbawienny wpływ na nasze zdrowie i samopoczucie. Kto jednak myśli, że żywność ta dostępna jest wyłącznie w Internecie i trzeba za nią zapłacić bardzo wysokie kwoty, ten się myli. Autorka La Veganista zamiast suplementów diety i egzotycznych dodatków wykorzystuje w swojej kuchni powszechnie dostępne produkty, którym zawdzięczamy dobre samopoczucie, zdrowie i zadowolenie. Owoce, warzywa, rośliny strączkowe, produkty pełnoziarniste i orzechy zawierają wszystkie niezbędne w diecie wegańskiej składniki odżywcze. Dzięki nim każdy weganin może w pełni cieszyć się zdrowiem i zachować dobrą formę. Umiejętnie łącząc te produkty ze sobą uzyskamy potrawy, w których substancje odżywcze będą się wzajemnie świetnie uzupełniać. Na przykład smoothie postawi każdego na nogi, a orzechowy batonik doda energii i poprawi naszą koncentrację. Sandwicz z warzywami zjedzony w południe będzie zastrzykiem energii, a wieczorem najemy się do syta ryżem pełnoziarnistym z chrupiącymi warzywami. Kuchnia wegańska daje nie tylko radość życia, ale zapewnia też dobrą kondycję.

\*\*\*



### Jama brzuszna. Miednica. Pułapki diagnostyczne i klasyczne objawy. Specjalistyczna Diagnostyka Obrazowa

K.M. Elsayes, A.M. Shaaban, C.O. Menias; wyd. I, red. M. Sądziadek; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-43-4, format: 210 x 280, opr. twarda, 504 strony, cena: 217.80 zł (484 EUP pkt)

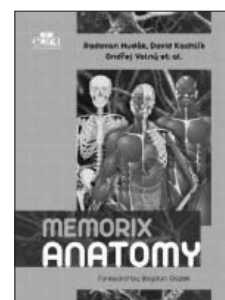
Diagnostyka obrazowa stała się powszechnie dostępna i odgrywa coraz większą rolę w rozpoznawaniu i leczeniu schorzeń. Jednak zdarza się, że radiolodzy popełniają błędy w interpretacji obrazów jamy brzusznej i miednicy, głównie dlatego, że nie pamiętają anatomii, morfologii, psychologii, hemodynamiki i biologii, a także brakuje im wiedzy klinicznej. Błędy te powodują w konsekwencji niewłaściwe postępowanie i przyczyniają się do złego wyniku leczenia. Aby tego uniknąć należy poznać podstawowe koncepcje i zasady podejścia opartego na metodzie analizy przypadków.

W niniejszej książce, zatytułowanej Specjalistyczna Diagnostyka Obrazowa. Jama brzuszna i miednica. Pułapki diagnostyczne i klasyczne objawy, w każdym rozdziale przedstawiono kilka błędnie zinterpretowanych przypadków, a następnie szczegółowo omówiono przyczyny błędów oraz systemowe podejście, które może pomóc w unikaniu takich pomyłek. Opisano także objawy kliniczne, odpowiednie dane patomorfologiczne, anatomiczne i fizjologiczne, razem z cechami obrazowymi typowych procesów chorobowych.

Podobnie jak w innych podręcznikach wydawnictwa Amirsys, wszystkie informacje przedstawiano w lapidarniej, zwężonej formie z tysiącami zdjęć i ilustracji.

Książka ta stanowi niezastąpiony podręcznik dla każdego, kto staje w obliczu wyzwania, jakim jest obrazowanie jamy brzusznej i miednicy.

\*\*\*



### Memorix Anatomy

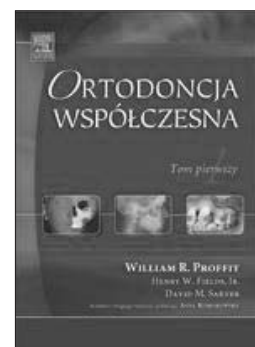
R. Hudák, D. Kachlík, O. Volný; wyd. I; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-65-6, format: 170 x 235, opr. twarda, 609 stron, cena: 143.10 zł (318 EUP pkt)

The Memorix Anatomy is a very comprehensive and dependable source of anatomical information. The main use of this textbook is to help in self-preparation for laboratory courses, lectures and quick revision for students' exams or as anatomical dictionary for clinicians. Topographical context of presented data makes this book very practical. All the systems and structures necessary during the gross anatomy course are presented. Illustrations precisely support the text and constitute an independent value of this publication. Limited format makes this book very useful in all academic or clinical situations. Graphic concept of anatomical data makes this book a real „friend” of all medical people

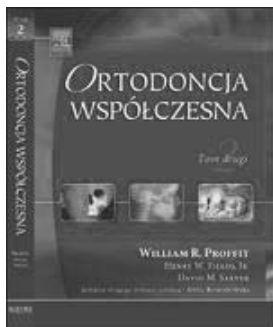
\*\*\*

### Ortodoncja współczesna. Tom 1 i 2

W.R. Proffit, H.W. Fields Jr, D.M. Sarver; wyd. I polskie, red. A. Komorowska; rok wydania: 2009; ISBN: 978-83-7609-100-6 (tom 1) i ISBN: 978-83-7609-104-4 (tom 2), format: 215 x 290, opr. twarda, 340 stron (tom 1) i – 450 stron (tom 2), cena: po 185.40 zł za każdy tom, po (412 EUP pkt)







Najnowsze, całkowicie zaktualizowane wydanie amerykańskiego podręcznika, który cieszy się światową sławą i zawiera współczesną wiedzę dotyczącą ortodoncji. To podręcznik, który już od pierwszego wydania stanowi najważniejsze źródło wiedzy dla licznej rzeszy lekarzy stomatologów i ortodontów na całym świecie.

Niniejsze, czwarte wydanie, w odróżnieniu od poprzednich, jest w pełni kolorowe, zachowuje jednak ogólny układ wcześniejszych edycji.

Podręcznik został wzbogacony o najnowsze informacje z zakresu makro-, mini- i mikroestetyki. Liczba rozdziałów zmalała z 22 do 19, ale wzrosła

liczba stron tekstu oryginalnego. Wycofano pewne partie podręcznika, rozbudowano inne jego części i wprowadzono całkowicie nowe informacje dotyczące zarówno najnowszych technik diagnostycznych, jak i metod leczenia dzieci i dorosłych.

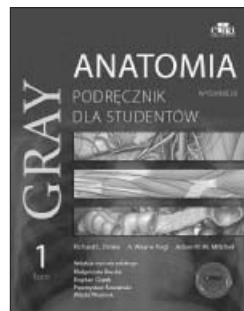
Każdy dział a często i rozdział książki przedstawia w pierwszej kolejności podstawowe informacje niezbędne każdemu stomatologowi, po których następuje bardziej szczegółowe omówienie problemu, przeznaczone dla ortodontów oraz lekarzy specjalistów.

Podręcznik zawiera ponad 1000 kolorowych rycin i zdjęć, które są znakomitym uzupełnieniem tego opracowania.

\* \* \*

#### **Gray Anatomia. Podręcznik dla studentów tom 1**

R.L. Drake, A.W. Vogl, A.W.M. Mitchell; wyd. III, red. M. Bruska, B. Cizek, P. Kowiański, W. Woźniak; rok wydania: 2016; ISBN: 978-83-65373-59-5, format: 216 x 276, opr. broszurowa, 366 stron, cena: 93.61 zł (208 EUP pkt)



Komisja British Medical Association – przyznająca nagrody za najlepsze książki medyczne – zarekomendowała ten podręcznik w 2015 r. studentom kierunków medycznych i lekarzom do stosowania w ich codziennej pracy!

*Gray Anatomia* to jeden z najbardziej znanych na świecie podręczników dla studentów medycyny. Kolejne polskie wydanie jest tłumaczeniem i adaptacją zaktualizowanego i poprawionego trzeciego wydania *Gray's Anatomy for students* Richarda L. Drake'a, A. Wayne'a Vogla i Adama W.M. Mitchella.

Wydanie polskie zredagował zespół znakomitych specjalistów z dziedziny anatomii z czterech ośrodków akademickich: Gdańska, Lublina, Poznania i Warszawy.

wy. Układ podręcznika dostosowano do programu nauczania obowiązującego na polskich uczelniach medycznych.

- aktualna polsko-łacińsko-angielska nomenklatura anatomiczna zgodna z wytycznymi PTA

- przejrzysta i logiczna struktura tekstu, ułatwiająca powtarzanie materiału przed egzaminami i zaliczeniami

- zwięzłe opisy przypadków klinicznych, podsumowujące poszczególne rozdziały

- łącznie ponad 1000 dydaktycznych i niezwykle szczegółowych ilustracji, dzięki którym łatwiej zlokalizujesz i zapamiętasz poszczególne struktury anatomiczne

- nowy schemat prezentujący rozmieszczenie i funkcję nerwów czaszkowych

TOM 1 – Anatomia ogólna, Anatomia układu ruchu

TOM 2 – Anatomia narządów wewnętrznych

TOM 3 – Anatomia głowy i szyi

## OGŁOSZENIA



### **VII ZJAZD POLSKIEGO TOWARZYSTWA HEPATOLOGICZNEGO**

W programie spotkania znajdują się zagadnienia dotyczące między innymi: raka wątrobowokomórkowego, zmian torbielowatych w wątrobie, poszerzenia puli narządów do LTx o pochodzące od dawców zakażonych HBV, zakażeń HCV i HBV, autoimmunizacyjnych chorób wątroby.

**Termin:** 9–11 czerwca 2016 r.

**Miejsce:** Hotel Narvik, ul. Czesława Miłosza 14A, Serock-Warszawa,

**Organizatorzy:** Polskie Towarzystwo Hepatologiczne oraz Wydawnictwo Termedia

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Robert Flisiak

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. Jerzy Jaroszewicz

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, szkolenia@termedia.pl



### **III KONFERENCJA FLEBOLOGIA ESTETYCZNA**

Zaproszenie na kolejną edycję konferencji kierujemy do wszystkich zainteresowanych współczesnymi możliwościami leczenia schorzeń układu żylnego, a przede wszystkim aspektem estetycznym tego rodzaju postępowania. W trakcie spotkania pojawią się tematy dotyczące nie tylko sposobów leczenia pozwalających uzyskać najlepsze efekty kosmetyczne, ale także szereg informacji praktycznych dotyczących kwalifikacji, wykonywania zabiegów, jak również powikłań i możliwości ich zapobiegania.

**Termin:** 11 czerwca 2016 r.

**Miejsce:** Warszawa, Airport Hotel Okęcie, ul. 17 stycznia 24

**Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. Zbigniew Rybak

**Patronat merytoryczny i nadzór naukowy:** Polskie Towarzystwo Flebologiczne

**Patronat:** Prezes Polskiego Towarzystwa Flebologicznego dr hab. Tomasz Zubilewicz, prof. UM w Lublinie oraz Prezes Elekt Polskiego Towarzystwa Flebologicznego: dr hab. Tomasz Urbanek



**Patronat Honorowy:** Redaktor Naczelny Phlebological Review (Przegląd Flebologiczny) dr hab. Marian Simka

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*



#### **GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO, NOWE TRENDY**

Ginekologia i położnictwo. Nowe trendy to jedno z najbardziej niekonwencjonalnych spotkań poświęconych tej tematyce, którego celem jest zintegrowanie środowisk wielospecjalistycznych. Do grona wykładowców zaproszeni zostali czołowi krajowi eksperci i najwybitniejsi eksperci w tej dziedzinie.

**Termin:** 17-18 czerwca 2016 r.

**Miejsce:** IBB Andersia Hotel, Plac Władysława Andersa 3, Poznań

**Kierownik Naukowy:** prof. dr hab. Maciej Wilczak

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Katedra i Zakład Edukacji Medycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Klinika Ginekologii Operacyjnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Oddział Wielkopolski Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego

**Organizator:** Wydawnictwo Termedia

**Biuro organizacyjne:** Termedia sp. z o.o. ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)

\* \* \*



Zapraszamy do Poznania na **Orthopaedic Convention For Eastern Europe** – pierwszą konferencję organizowaną przez EFORT i PTOiTr. Jej celem jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy na temat najważniejszych zagadnień ortopedycznych, takich jak endoprotezoplastyka biodra i kolana, artroskopia, ortopedia dziecięca, traumatologia, chirurgia kończyny górnej i inne. Przedstawimy również sprawozdanie z kongresu EFORT w Genewie. Wykładowcami będą uznani ortopedzi europejscy zaproszeni przez EFORT i wykładowcy z Europy Wschodniej wskazani przez towarzystwa narodowe. Podczas spotkania odbędą się również warsztaty praktyczne.

Zachęcamy szczególnie do zapoznania się z programem ramowym, który dostępny jest na stronie konferencji w trzech wersjach językowych – angielskiej, rosyjskiej i polskiej. Wykłady odbywać się będą w języku angielskim.

**Termin:** 3-5 listopada 2016 r.

**Miejsce:** Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 37A

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** European Federation of National Associations of Orthopaedics and

Traumatology (EFORT) i Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne (PTOiTr)

**Organizator wykonawczy:** Wydawnictwo Termedia

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl), [www.termedia.pl](http://www.termedia.pl)

\* \* \*



#### **10 Lat Leczenia Biologicznego Chorób Reumatycznych w Polsce 10-Lecie Oddziału Klinicznego, Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, Collegium Medicum UMK w Toruniu**

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

W imieniu komitetu naukowego i organizacyjnego mam zaszczyt i przyjemność zaprosić Państwa na konferencję będącą podsumowaniem 10 lat leczenia biologicznego chorób reumatycznych.

Tematem przewodnim konferencji będzie prezentacja wspólnych doświadczeń z ostatniej dekady leczenia biologicznego chorób reumatycznych w Polsce i na świecie oraz przedstawienie aktualnych wytycznych i perspektyw terapii biologicznej.

W trakcie konferencji swoją wiedzę podzielą się zaproszeni reumatolodzy z Polski i innych krajów Europy.

Jednocześnie pragniemy wraz z Państwem uczcić obchody 10-lecia Oddziału Klinicznego i Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 2 im. dr Jana Biziela w Bydgoszczy, Collegium Medicum UMK w Toruniu.

Jestem przekonany, iż spotkanie będzie ważnym wydarzeniem naukowym, interesującym zarówno dla osób z wieloletnim doświadczeniem, jak i dla szkolących się lekarzy.

Do zobaczenia w Bydgoszczy!

*Sławomir Jeka*

**Termin:** 4-5 listopada 2016 r.

**Miejsce:** Centrum Kongresowe Opera NOVA w Bydgoszczy, ul. Marszałka F. Focha 5

**Organizator:** Polskie Towarzystwo Reumatologiczne Oddział Kujawsko-Pomorski

**Partnerstwo merytoryczne i nadzór naukowy:** Klinika Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej w Bydgoszczy

**Przewodniczący Komitetu Naukowego:** prof. dr hab. Marek Brzosko

**Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego:** dr hab. Sławomir Jeka

**Biuro organizacyjne:** Wydawnictwo Termedia ul. Kleeberga 2, 61-615 Poznań, tel./faks +48 61 656 22 00, [szkolenia@termedia.pl](mailto:szkolenia@termedia.pl)  
Uczestnicy otrzymają punkty edukacyjne.

\* \* \*

Realizując zadania statutowe Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową informuję, że istnieje możliwość udziału w multimedialnym programie edukacyjnym Pt. „Lekarz POZ w opiece nad dzieckiem z chorobą nowotworową”, którego autorem jest Konsultant Krajowy w dziedzinie Onkologii i Hematologii Dziecięcej prof. dr hab. n. med. Jerzy R. Kowalczyk.

Udział w programie jest bezpłatny i możliwy w każdym czasie i miejscu. Jest bowiem emitowany on-line w sieci internetowej z ograniczonym dostępem pn. Medyczna Platforma Edukacyjna ([www.medycyna.org.pl](http://www.medycyna.org.pl)), w kategorii programy nieodpłatne, poz. Programy Fundacji Pomocy Dzieciom z Chorobą Nowotworową.

Program przeznaczony jest dla lekarzy objętych obowiązkiem doskonalenia zawodowego, zgodnie z art. 18.1 ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. nr 277 poz. 1634). Pozytywny wynik testu wiedzy uprawnia do uzyskania 5 pkt. edukacyjnych.

*Prezes Zarządu Fundacji  
Daniela Mroczek*

\* \* \*



#### **I OGÓLNOPOLSKI KONKURS POETYCKO-LITERACKI „LEKARZE DZIECIOM”**

Komisja Kultury Okręgowej Rady Lekarskiej w Lublinie ogłasza I Ogólnopolski Konkurs Poetycko-Literacki „Lekarze dzieciom”. Patronat honorowy nad konkursem objęli Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej Pan dr n. med. Maciej Hamankiewicz oraz Prezes Lubelskiej Izby Lekarskiej Pan dr Janusz Spustek. Patronat medialny został objęty przez Radio Lublin, Gazetę Lekarską oraz miesięcznik Lubelskiej Izby Lekarskiej „Medicus”.

Szczegółowe informacje o Konkursie znajdują się na stronie internetowej: [www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs-lekarze-dzieciom](http://www.kultura.oil.lublin.pl/konkurs-lekarze-dzieciom). Prace należy nadsyłać do 31 sierpnia 2016 r., natomiast rozstrzygnięcie konkursu nastąpi 30 września 2016 r.

\* \* \*



#### **IV Międzynarodowy Salon Fotografii Artystycznej Lekarzy „PhotoArtMedica 2016” w Częstochowie OTWARTY!**

Zapraszamy do udziału w Salonie PhotoArtMedica 2016 lekarzy, lekarzy dentystów oraz nauczycieli akademickich i studentów uniwersytetów medycznych. Zgłoszenia do 28 SIERPNIA 2016 r.

Dwie kategorie: Krajobraz miejski i Temat wolny

Grand Prix, 14 medali, nagrody specjalne, wyróżnienia, nagrody rzeczowe ufundowane przez Partnera ubezpieczeniowego lekarzy INTER oraz Olympus i National Geographic Polska

Informacje i zgłoszenia: [www.photoartmedica.pl](http://www.photoartmedica.pl)

*Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie*

\* \* \*

#### **V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkiej Atletyce**

W dniu 2–3 lipca 2016 r. na Stadionie Miejskim w Opolu odbędą się V Mistrzostwa Polski Lekarzy w Lekkoatletyce. Zawody organizowane będą równolegle z 26 Mistrzostwami Polski Weteranów w Lekkiej Atletyce. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach: 100, 200, 400, 1500, 5000, skok w dal, skok wzwyż, trójskok, pchnięcie kulą, rzut dyskiem, rzut oszczepem, rzut młotem. Możliwe jest poszerzenie zakresu konkurencji w sytuacji dodatkowego zainteresowania udziałem w konkurencjach nie ujętych w wykazie.

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail [julekp@onet.pl](mailto:julekp@onet.pl). Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie [WWW.pzwla.pl](http://WWW.pzwla.pl).

*Przewodniczący  
Komitetu Organizacyjnego 5 MPL  
Lek. med. Julian PEŁKA K-P OIL Toruń*

\* \* \*

#### **I MISTRZOSTWA POLSKI LEKARZY W WIELOBÓJACH RZUTOWYCH I PENTATHLONIE**

W dniu 18 czerwca 2016 r. na Stadionie Miejskim w Toruniu, ul. Gen. J. Bema 23/29 odbędą się I Mistrzostwa Polski Lekarzy w Wielobójach Rzutowych i Pentathlonie. Zawody organizowane będą równolegle z Mistrzostwami Polski Weteranów w Pięcioboju Lekkoatletycznym i Mistrzostwami Polski Weteranów w Wielobójach Rzutowych. Osoba uczestnicząca w zawodach może być klasyfikowana podwójnie (kobieta, która ukończyła 30, a mężczyzna 35 rok życia) zarówno w mistrzostwach weteranów, jak i lekarzy. Klasyfikacja lekarzy odbywać się będzie w kategorii „open”.

Medale mistrzostw w poszczególnych konkurencjach otrzymają najlepsi – kobiety i mężczyźni, po przeliczeniu wyników na punkty, z uwzględnieniem kategorii wiekowych stosowanych w sporcie weteranów.

Rywalizacja w MPL odbywać się będzie w następujących konkurencjach:

Wieloboje rzutowe

pięciobój rzutowy – kula, dysk, oszczep, młot, ciężarek,

Pentathlon (pięciobój klasyczny – skok w dal, rzut oszczepem, 200 m, rzut dyskiem, 1500 m).

Osoby chętne do udziału w Mistrzostwach proszone są o kontakt z organizatorem mistrzostw: telefoniczny 504-101-375 lub e-mail [julekp@onet.pl](mailto:julekp@onet.pl). Komunikat organizacyjny i karta zgłoszenia do mistrzostw dostępne na stronie [WWW.pzwla.pl](http://WWW.pzwla.pl).

*Przewodniczący  
Komitetu Organizacyjnego  
Lek. med. Julian PEŁKA K-P OIL Toruń*

\* \* \*

Zapraszamy na Zjazd Absolwentów 1975–1981

Zapraszamy wszystkich Absolwentów Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Poznaniu, rocznik 1975–1981 na spotkanie „35 lat min ło”, w dniu 15 października 2016 r. o godz. 16.00. Miejsce spotkania: Restauracja Hotel Meridian's, Poznań ul. Litewska 22. Wszystkie informacje i zapisy na stronie [www.absolwenci1981-poznan-am.pl](http://www.absolwenci1981-poznan-am.pl).

*W imieniu Komitetu Organizacyjnego  
Jerzy Harasymczuk*

\*\*\*

Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. w Kluczborku zatrudni lekarza laryngologa oraz lekarza pediatrę do pracy w oddziale. Forma zatrudnienia dowolna. Zainteresowanych lekarzy prosimy o kontakt:

tel. 77/417-35-00 lub 77/417-35-04, e-mail: sekretariat@pczszpitalkluczbork.pl.

\*\*\*

Stobrowskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup zatrudni lekarzy ze specjalizacją z interny lub pokrewnej dziedziny medycyny na stanowisku:

- lekarza Oddziału Chorób Wewnętrznych;
- lekarza dyżurnego pionu internistycznego.

Dowolna forma zatrudnienia i bardzo atrakcyjne warunki finansowe. Kontakt: [kadry@szpital-kup.eu](mailto:kadry@szpital-kup.eu); tel. 77/40-32-851 lub 691-100-936.

\*\*\*

Stobrowskie Centrum Medyczne sp. z o.o. z siedzibą w Kup pilnie zatrudni lekarza pulmonologa do pracy na Oddziale Chorób Płuc i na dyżury. Bardzo dobre warunki finansowe. Forma zatrudnienia dowolna. Kontakt: [kadry@szpital-kup.eu](mailto:kadry@szpital-kup.eu), tel. 77/40 32 851 lub 691-100-936

\*\*\*



**Falck**

CENTRUM MEDYCZNE FALCK w Kierzynie-Kołosie zatrudni Lekarza POZ w pełnym wymiarze godzin, do zbierania deklaracji (możliwość dyżurów w NPL) oraz Lekarza Medycyny Pracy. Kontakt: 510 202 208 lub email: [kadry@falck.pl](mailto:kadry@falck.pl)

\*\*\*

Wynajem gabinetów lekarskich w budynku przychodni „TAR-MED” Sp. lekarzy w Tarnowie Op., ul. Wierchewskiego 1. Kontakt – 77/403-22-95; 608-509-015; 608-509-016.

\*\*\*

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Zaodrże” w Opolu poszukuje lekarza do świadczenia usług w Poradni Ogólnej POZ oraz lekarza pediatry do Poradni Pediatrycznej. Telefon kontaktowy: 77/474-77-78, 77/457-33-38.

\*\*\*

#### OPOLSKA IZBA LEKARSKA

**Biuro:** tel. 77/454-59-39, fax 77/454-67-09, [opole@hipokrates.org](mailto:opole@hipokrates.org)

czynne: poniedziałek, wtorek, czwartek 7:30 – 15:30; środa 7:30 – 16:00; piątek 7:30 – 15:00

**Rejestr Lekarzy:** [opole.rejestr@hipokrates.org](mailto:opole.rejestr@hipokrates.org)

**Praktyki Prywatne:** [opole.praktyki@hipokrates.org](mailto:opole.praktyki@hipokrates.org)

**Składki:** [opole.skladki@hipokrates.org](mailto:opole.skladki@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:** tel. 77/453-75-72; [opole.rzecznik@hipokrates.org](mailto:opole.rzecznik@hipokrates.org)

**Administracja Biura Okręgowego Sądu Lekarskiego:** tel. 77/454-85-75; [opole.sad@hipokrates.org](mailto:opole.sad@hipokrates.org)

**XIV  
IGRZYSKA  
LEKARSKIE  
ZAKOPANE  
14-18. 09. 2016**

informacje: [www.igrzyskalekarskie.org](http://www.igrzyskalekarskie.org)